



VNIVERSITAT
D VALÈNCIA

Facultad de Psicología

**Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud**

**SUFRIMIENTO EMOCIONAL PERINATAL COMPARTIDO:
ESTRÉS EN EL BEBÉ
EFECTOS DE LOS MECANISMOS DE ADAPTACIÓN Y DEFENSA PRIMARIOS
VULNERABILIDAD PSICOSOMÁTICA Y PSICOPATOLÓGICA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

PASCUAL PALAU SUBIELA

Dirigida por:

DRA. DIANA PONS CAÑAVERAS

DR. FRANCISCO LUIS ATIENZA-GONZÁLEZ

Valencia, 2016

AGRADECIMIENTOS

La primera persona que merece mi agradecimiento es mi esposa Inmaculada, por su constante apoyo y sus generosas aportaciones revisando la redacción de mis escritos y ayudándome a repensar sobre ellos. También mis hijos, Alberto y Pablo, por su paciencia y comprensión a lo largo de los años de mi dedicación a un campo de estudio y de intervención clínica que, aunque apasionante, me ha restado disponibilidad para estar con ellos.

En relación a la elaboración de esta tesis me siento agradecido con muchos colegas y amigos que me han animado a llevarla a cabo, en especial con La Dra. María Luisa García Merita, la Dra. Sandra Simó Teufel, el Dr. Antonio Capafons Bonet, la Dra. Esperanza Navarro Pardo y con mis directores de Tesis, la Dra. Diana Pons Cañavera y el Dr. Francisco Luis Atienza-González.

En el contexto de la intervención clínica, quiero agradecer las ayudas recibidas de los pediatras y enfermeras del Hospital de Sagunto, puesto que la mayor parte de los estudios empíricos de metodología cualitativa que he publicado, fueron llevados a cabo en el Servicio de Pediatría de dicho Hospital. Entre el equipo, con el que atendí los bebés, niños y sus familias, quiero destacar la generosidad, la sensibilidad con la infancia y dedicación de la Dra. Mercedes Benac Prefaci, con la que me enriquecí a lo largo de 12 años y hacia la que me siento muy agradecido. Fue un honor conocer a la Dra. Carmen casanova Matutano, que mi memoria conserva con afecto y respeto.

En el contexto de la promoción solidaria de la salud mental perinatal e infantil, mi agradecimiento a todos los amigos y amigas que se unieron al proyecto que les propuse en el año 2005, para crear la Asociación para la Salud Mental desde la Gestación (ASMI), filial española de la Association for Infant Mental Health (WAIMH), dándole vida y asegurando su sostenido crecimiento.

Mi agradecimiento también a la Universidad de Valencia por aceptar la propuesta que le trasladé en el año 2006 para desarrollar unos estudios oficiales de Máster en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil, así como un Programa de Doctorado Oficial en la misma especialidad, finalmente implantados en los años 2011 y 2012 respectivamente, organizados y coordinados por ASMI WAIMH España, junto a la Universidad de Valencia.

De manera especial mi agradecimiento va dirigido a la Dra. Sandra Simó Teufel por su infatigable y comprometido co-sostenimiento de los dos programas universitarios; al Dr. Antonio Capafons Bonet y a la Dra. María Luisa García Merita, quienes fueron nuestros valedores ante el Departamento de Personalidad, Diagnóstico y Tratamientos Psicológicos, en el que se encuentran adscritos dichos estudios. Así mismo quiero agradecer el apoyo ofrecido por el Dr. Ignacio Nebot Gil, ex – Vicerrector de Postgrado y la Dra. Ana Huguet Roig, ex – Directora de Posgrado.

INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	9
CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL	12
1.1. Sensibilidades en torno al sufrimiento del bebé	12
1.2. Premisas básicas	12
1.3. Premisas teórico-clínicas.....	13
CAPITULO 2. DIMENSIONES DEL SER BEBÉ	15
2.1. Discernimiento de sí y de los demás.....	15
2.2. En busca de sentido y de control de la experiencia vivencial.	15
2.3. Su tendencia a la iniciativa en el intercambio.	16
2.4. Comunicación triangular inicial.	16
2.5. Intercomunicación, co-empatía primaria y modelos representacionales.....	17
2.6. La percepción en la construcción de sentido para mantenerse organizado.....	19
2.7. Función anticipatoria.....	19
2.8. Concepciones de la atención como sistema multidimensional.	19
2.9. Memorias disponibles.	21
2.10. Neurofisiología y genética.	22
2.11. Percepción amodal.	23
2.12. Función materna y reguladores ocultos.....	24
CAPITULO 3. ARTICULO: FACTORES AGRAVANTES DE LA DIABETES INFANTIL	27
3.1. Resumen.....	27
3.2. Introducción.....	27
3.3. Desarrollo clínico.....	28
3.4. Sobre la supresión de la expresividad.....	29
3.5. Las manifestaciones de desorganización psíquica, previas a las somatizaciones.	32
3.6. Sobre la naturaleza de algunos momentos de intenso “susto” que preceden a las crisis de ausencia..	37
3.7. Referencias.....	40
CAPITULO 4. PARÁLISIS CEREBRAL Y SUFRIMIENTO PSÍQUICO	41
4.1. Resumen:.....	41
4.2. Introducción.....	41
4.3. Antecedentes.....	41
4.4. En la primera entrevista.....	42
4.5. Han pasado nueve meses después de nuestro primer encuentro.....	43
4.6. Se produce el ingreso.	43

4.7. Se hace una puesta en común con enfermería para definir los objetivos y las estrategias.....	44
4.7.1. En las primeras comidas.....	45
4.8. ¿Qué consecuencias traumáticas tuvo aquel ingreso?	47
4.9. Disminuye la angustia traumática y aumenta la empatía en los padres.....	48
4.10. De la importancia de permitirle llorar, mientras estamos a su lado.....	48
4.10.1. Sobre la atribución de dolor y el llanto evacuativo.	49
4.10.2. Hablamos del llanto y de la experiencia de separación.....	51
4.13. Tres días después de la salida... ..	53
4.14. Algunas reflexiones.	53
4.15. Referencias.....	57
CAPITULO 5. ARTICULO: Psicopatología perinatal: trastornos psicósomáticos y de la interacción, en el bebé	58
5.1. Resumen.....	58
5.2. Introducción.....	58
5.3. Carolina.	59
5.4. Ana.....	65
5.5. Hablemos ahora de estos mecanismos de defensa precoces.....	70
5.6. Cerebro y psiquismo.	71
5.6.1. La plasticidad neuronal.....	71
5.6.2. El sistema de las neuronas espejo.	73
5.7. Evitar confusiones en psicopatología perinatal.	75
5.8. El destino de una mirada.....	75
5.9. Referencias.	77
CAPITULO 6. ARTICULO: Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno.....	78
6.1. Resumen.....	78
6.2. Introducción.....	78
6.3. Primeras manifestaciones del trastorno.....	78
6.4. La dificultad para mantener nuestro criterio.....	84
6.5. Sobre el intenso llanto que la niña desarrolla con nosotros en los momentos de alimentarla.....	88
6.6. Es necesario entender ésa cuestión.....	89
6.7. ¿Qué es lo que produce inasimilación, rechazo y desamparo en el bebé?	90
6.8. La expresión “dejarse morir con la sonrisa en la boca”.....	91
6.9. Síntesis analítica de varios tiempos de la experiencia traumática.	94
6.9.1. Dos tiempos para la defensa.	94
6.9.2. La hipersomnolia.....	94
6.9.3. El desencuentro de dos registros.	95
6.9.4. El llanto y la recuperación de investiduras.....	95

6.10. Referencias.....	97
CAPITULO 7. ARTICULO: Sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?	98
7.1. Resumen.....	98
7.2. Introducción.....	98
7.3. Las neurociencias.....	99
7.4. La psicósomática.....	101
7.5. La clínica psicósomática en el bebé.....	102
7.6. Pueden afectar neurológicamente estos mecanismos de defensa intrapsíquicos tan tempranos?.....	108
7.7. La plasticidad neuronal.....	109
7.8. Conclusión y propuesta.....	111
7.9. Referencias.....	113
CAPITULO 8. ARTICULO: Psicósomática y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición	114
8.1 Resumen.....	114
8.2 Introducción.....	114
8.3. La audición.....	115
8.4. La Clínica.....	115
8.5. Análisis de lo sucedido.....	121
8.6. Sobre autismo y psicósomática.....	124
8.7. Expresividad e hiperfrecuencias.....	126
8.8. Sobre las dificultades de comunicación de la madre de Daniel.....	127
8.9. La dificultad para discriminar.....	128
8.10. Negatividad y negativación.....	129
8.11. Veamos ahora narraciones en las que podemos encontrar una referencia al enlace entre percepción auditiva y afecto temprano.....	131
8.12. Narración de un pasaje de la Ilíada en el que se cuenta el peligro que corre Ulises en su regreso.....	132
8.13. Volviendo a Daniel.....	133
8.14. Referencias.....	134
CAPITULO 9. ARTICULO: Acoger la vida, anunciar la muerte: Alicia., un Encuentro agridulce	136
9.1. Resumen.....	136
9.2. Cuando Alicia tiene mes y medio de vida.....	136
9.3. Tres meses de vida.....	139
9.4. Después del verano, con cinco meses y medio.....	141
9.5. Una mañana.....	143
9.6. Ayudando a conservar el hilo emocional sostenedor de la vida.....	145

9.7. Referencias.	148
CAPITULO 10. SUFRIMIENTO EMOCIONAL TEMPRANO Y ESTRÉS	150
10.1. Co-resonancias.	150
10.2. Sufrimiento temprano y mecanismos intrapsíquicos de defensa antipercepción.	151
10.3. Fuentes de estimulación somatoemocional.	151
10.4. Equilibrio homeostásico, regulación de las excitaciones y posición de control.	152
10.5. Sufrimiento emocional compartido y procesos de desconexión de la percepción.....	152
10.6. Procesos de desconexión de la percepción y evitativos de la relación.	153
10.7. Importancia de la sensibilidad ante las manifestaciones psicopatológicas tempranas.	153
10.8. El bebé intenta encontrar un sentido y con él desarrollar un control sobre el malestar.....	153
10.9. Alternativas más allá del mundo afectivo-relacional.	154
10.10. Estudios sobre el apego, sufrimiento emocional y estrés.....	154
10.11. Estrés parental por sufrimiento del bebé.	156
10.12. Daño en los recursos de co-regulación de la receptividad y de la perceptividad.....	156
10.13. Sobreestimaciones y angustia difusa.	156
10.14. Los factores estresores en las Clasificaciones diagnósticas.	157
10.15. Síntesis, de lo dicho hasta ahora, sobre los efectos del sufrimiento emocional intenso, experimentado por el bebé.	157
10.16. El estrés emocional en la infancia: factores primarios, secundarios y primer núcleo traumático.	158
10.17. Factores psicosociales del estrés en la Clasificación DC: 03R, 2005.....	164
10.18. Estrés y temporalidad.	165
10.19. Detección del estrés en el bebé y el niño de corta edad.....	165
10.20. Efectos psiconeurobiológicos del estrés temprano en la inmunología.	166
10.21. Estresores psicosociales de naturaleza traumatógena.	167
10.22. Inscripciones emocionales y cerebrales del estrés temprano severo.	168
10.23. El desbordamiento traumático, ¿produce enfriamiento, o una desconexión de la percepción-atención?	171
10.24. Mecanismos distractores frente a la tensión basal traumatógena.....	173
10.25. Estrés y memoria.	173
10.26. Narrativa compartida y elaboración.	176
10.27. Vestigios de los factores estresantes e interacción.	176
10.28. Percepción de bajo control, anorexia temprana y anticipación negativa.....	177
10.28.1. La hiperreactividad angustiosa en el ámbito de la alimentación del bebé y de la organización de un modelo relacional.....	178
10.29. Experiencia traumática y nuevo equilibrio basal.	179

10.30. Recursos defensivos anteriores y precursores de la disociación.....	179
10.30.1. Síntesis sobre el llanto y su inhibición ante el malestar sentido.....	181
10.31. Modificación del eje de autorregulación del estado somatoemocional en el bebé, ante la recepción del malestar parental.....	182
10.32. Actividad psíquica y cerebral de percepción consciente e inconsciente, en Kandel.....	182
10.33. Reflexiones sobre el artículo de Kandel.....	184
10.34. Sufrimiento emocional y alteración del sueño.	187
10.35. Psicósomática y experiencias emocionales tempranas.	189
10.36. Vulnerabilidad Psicósomática.....	190
10.37. La Depresión Esencial.	191
10.37.1. Depresión silenciosa.	192
10.38. Los efectos de la angustia difusa temprana.	193
10.39. Crisis agudas de angustia automática generadoras de dolor y alteración neurovegetativa.....	195
10.39.1. Re-encuentro con el estado de tensión/angustia basal en tiempos de descanso.....	196
10.40. Interacción temprana, ansiedad y decalaje temporal, desde la perspectiva de la psicoimmunología.....	197
10.41. Vida fetal, psicósomática y procedimientos autocalmantes.	200
10.42. La experiencia perceptiva y relacional desde la prematuridad: sufrimiento emocional precoz compartido y estrés negativo para el bebé.	202
10.43. Un nuevo abordaje: la importancia de atender el estrés parental en la prematuridad, desde los servicios neonatológicos.....	203
10.44. Algunos factores perinatales de riesgo, que pueden alterar la interacción madre/padre-bebé, y desembocar en una patología psicósomática neonatal o infantil y comportamental.....	204
10.45. Sufrimiento neonatal compartido y co-regulación de la angustia.	205
10.46. Ejemplo de procedimientos autocalmantes en una bebé de 7 meses, ante su angustia basal y su resolución terapéutica tolerando la expresividad del llanto. .	206
10.47. La depresión por identificación o contagio.	210
10.47.1. Ejemplo de depresión por identificación: Atrapada en el decaimiento materno.	210
10.48. Ausencias y atención en la hiperactividad.....	213
10.49. Aburrimiento y déficit de atención.....	216
10.50. Ausencias y atención.	217
10.51. Déficit de atención, hiperactividad y vulnerabilidad psicósomática.....	219
10.52. Ausencias y diabetes.....	221
10.53. Violencia emocional y ausencias.	223
10.53.1. Contagios emocionales y angustia.	225
10.54. Vivencia corporal-contratransferencial del terapeuta y función maternal.	226

10.55. La importancia de atender a los padres junto al bebé.....	228
CAPITULO 11. Resumen de los conocimientos teórico-clínicos más significativos objeto de ésta Tesis, discusión y conclusiones.....	236
11.1. Resumen de los conocimientos teórico-clínicos más significativos objeto de ésta Tesis y discusión.....	236
11.2. Conclusiones.....	244
REFERENCIAS.....	248
NOTAS AL FINAL DEL DOCUMENTO.....	260

PRESENTACIÓN.

Esta Tesis pretende analizar los efectos derivados de ciertas experiencias emocionales generadoras de sufrimiento, vividas en los primeros tiempos de la vida postnatal, y que pueden convertirse en factores de riesgo capaces de afectar el desarrollo psíquico, somático y cerebral del bebé a corto y largo plazo.

La experiencia de intervención clínica y de observación acumulada en el campo de la psicopatología perinatal e infantil, y especialmente en la patología psicósomática de bebés y de niños, ha permitido elaborar la hipótesis de un modelo teórico-clínico de funcionamiento mental relacionado con la activación de procesos psíquicos defensivo-adaptativos, que pueden encontrarse en forma aguda o crónica en diversas patologías, cuando el bebé estuvo expuesto a una situación de estrés emocional especialmente intenso y prolongado (Palau, 2007c, 2010a-b, 2011; Schore, 2010; Kandel, 2007; Zeanah, 2009-b; DC: 0-3R, 2005).

El funcionamiento mental intrapsíquico y comportamental que esta tesis analiza, está relacionado con algunos procesos psíquicos que regulan la actividad de percepción y de atención ante un malestar somatoemocional sostenido, propio o ajeno. Este trabajo se centra en la descripción de dichos procesos observables en la clínica, así como en analizar sus efectos en la organización mental y cerebral.

Utiliza concepciones psicósomáticas psicoanalíticas, cognitivo-conductuales, neurobiológicas, intersistémicas y de la teoría del apego, complementarias entre sí, para abordar la complejidad de la temática, siendo conscientes de que en muchas ocasiones no se pueden establecer equivalencias directas entre ellas debido a la riqueza conceptual, teórica, clínica e investigadora que contienen y que las diferencia.

El hecho de que, en su mayor parte, se haya elegido publicar artículos que describen y analizan la psicopatología perinatal o neonatal (Stanghellini, Matthew & Broome, 2014), obedece al interés científico-clínico de transmitir, desde la descripción de los casos individuales, y en el contexto de una *metodología de estudio empírica y cualitativa* (Montero & León, 2007), lo siguiente:

- La evolución que se ha producido hasta llegar a nosotros, procurando identificar la combinación de factores implicados en la etiología del trastorno.
- La identificación de los factores que deben ser atendidos prioritariamente para obtener cuanto antes una remisión sintomática de alteraciones psicósomáticas, relacionales u otras, severas.
- La complejidad de los caminos investigados clínicamente, desde el esfuerzo por resolver las incógnitas plurifactoriales y multidimensionales implicadas en la aparición de la patología, que surgen en las intervenciones precoces padres-bebé.
- Otras condiciones que deben de seguir siendo objeto de atención terapéutica, una vez ha remitido la patología manifiesta.
- La comprensión lograda sobre lo sucedido para desarrollar estrategias preventivas en el ámbito de la salud perinatal e infantil.

Todos los bebés presentados en ésta Tesis fueron tratados psicoterapéuticamente con sus padres y, salvo Alicia, todos se recuperaron de la patología psicósomática y relacional que presentaban, o mejoraron considerablemente de su dolencia somática cuando, desde una consideración e intervención plurifactorial e interdisciplinar de la

patología ésta parecía seriamente afectada por su situación emocional. Fueron tratados en el ámbito hospitalario de un Servicio de Pediatría, con la atención simultánea de sus pediatras. Estos casos fueron seguidos por sus pediatras a lo largo de, al menos, 5 años y, en todos ellos se observó que su recuperación permanecía estable. Al menos la mitad de los casos fue seguida a lo largo de 10 años, con el mismo resultado. Los resultados obtenidos en la intervención psicoterapéutica vincular que incluye a los padres y al bebé, desarrollada en un contexto interdisciplinar, de un número importante de bebés de corta edad (en torno a 200) señalan, en consonancia con los diversos estudios realizados, que ésta estrategia de intervención puede favorecer de manera significativa la salud emocional de los bebés y de sus familias (Favez, Frascarolo, Keren & Fivaz-Depeursinge, 2009; Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2014), (Robert-Tissot & Bachmann, 1995), (Klitzing, Döhner, Kroll, & Grube, 2015).

El campo de la psicología y la psicopatología perinatal abarca desde el tiempo de la concepción hasta los 2,5 - 3 años de edad. Nuestra tesis se extiende hasta la psicopatología de la primera infancia.

Partes de la Tesis Doctoral.

Esta tesis doctoral se estructura en cinco partes claramente diferenciadas: 1) La introducción general; 2) Algunas dimensiones del Ser bebé; 3) 7 artículos clínicos; 4) Aportaciones sobre el sufrimiento temprano y estrés; 5) Resumen de los resultados con discusión, y conclusiones.

1º- La primera parte de la introducción general describe las premisas básicas, surgidas de la intervención y observación clínica de bebés, que justifican y orientan las indagaciones teórico-clínicas de esta tesis doctoral. La segunda parte describe las premisas teórico-clínicas de varios modelos de investigación e intervención en la clínica del bebé y del niño, sobre las que se apoyan los conocimientos que sirven de base para la reflexión y formulación de conceptos.

2º- La parte "algunas dimensiones del Ser bebé", introduce sobre varias competencias psicosociales y recursos psiconeurobiológicos relacionados con la naturaleza de la actividad mental del bebé desde que nace, y de la función maternal. Esta parte, constituida por 12 puntos, pretende ofrecer un contexto de conocimientos que faciliten abordar la fenomenología clínica de los artículos de esta tesis, y de sus formulaciones teórico-clínicas.

3º- En la tercera parte se incluyen los siguientes artículos:

1º - "Factores agravantes de la diabetes infantil"; 2º - "Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico"; 3º - "Psicopatología perinatal: trastornos psicósomáticos y de la interacción, en el bebé"; 4º - "Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno. Un caso de trastorno alimentario"; 5º - "Sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?"; 6º - "Psicósomática y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición" y 7º - "Acoger la vida, anunciar la muerte: Alicia., un encuentro agri dulce".

4º- En la cuarta parte, constituida por 55 puntos temáticos, se profundiza en conocimientos y concepciones procedentes de distintas áreas de la investigación psiconeurobiológica y de la intervención clínica perinatal e infantil, con el fin de apoyar las hipótesis desarrolladas en los 6 artículos seleccionados y enriquecer la discusión y las conclusiones de ésta tesis.

5º- La quinta parte expone de manera resumida y razonada las aportaciones principales de ésta tesis al campo de la psicopatología perinatal e infantil como son, entre otras, el modelo expuesto sobre los recursos mentales, intrapsíquicos y comportamentales, que activa el bebé para intentar protegerse de estimulaciones traumatógenas, así como algunas de las consecuencias que pueden derivarse de su cronificación; y de la constitución de un núcleo psiconeurobiológico traumático derivado del estrés/angustia padecido por el bebé en el contexto de un sufrimiento perinatal compartido y de sus posibles efectos a lo largo de la vida.

CAPITULO 1. Introducción general:

1.1. Sensibilidades en torno al sufrimiento del bebé.

Aunque la sensibilidad hacia la psicopatología perinatal e infantil es cada vez mayor, un buen número de trabajos neuropsiquiátricos y psicológicos eluden referirse al sufrimiento psíquico experimentado por el bebé en el contexto de su vida emocional e interactiva temprana, y a sus importantes efectos negativos en el ámbito de su desarrollo neurobiológico, psíquico y relacional.

Si bien es necesario investigar las posibles causas de origen neurobiológico y genético que puedan generar o predisponer a una experiencia de malestar y sufrimiento en el bebé y en el niño, resulta penoso que aún no se integren los conocimientos acumulados sobre la compleja vida psíquica y emocional del bebé, desde su vida prenatal, desarrollada por éste en el contexto de la intersubjetividad primaria, con su madre y sus cuidadores (Riguetti, 1999-2000; Missonnier, Blazy, Boige & Tgawa, 2012).

Desde ésa perspectiva, la comprensión de la vida mental del bebé corre el riesgo de quedar reducida a una dimensión neuro-conductual sin tener en cuenta la compleja realidad de una mente afectiva relacional, inmersa en un mundo emocional de transacciones intersubjetivas e interpersonales que se llevan a cabo entre él y su entorno desde la vida prenatal.

1.2. Premisas básicas.

Partiendo de la observación clínica de bebés y niños pequeños afectados por diversas psicopatologías tempranas en las que se produce una modificación significativa y, en algunos casos cronicada, de la *Receptividad* (actividad de recepción de estímulos consciente e inconsciente); de la *Perceptividad* (actividad consciente e inconsciente de percepción de estímulos, asentada sobre el trabajo de la atención. Entendida también como función objetualizante, descrita en la nota xxvii); de la *Expresividad* (expresión emocional de lo vivenciado, de manera consciente o de manera inconsciente); de la *Interactividad* (manifestaciones comportamentales ligadas a las iniciativas y a la disponibilidad para la co-construcción y conservación de la experiencia relacional); y de la *Reactividad* endosomática y comportamental secundaria, asociada a experiencias tempranas estresoras, especialmente con aquellas derivadas del sufrimiento parental compartido, éste trabajo indaga sobre:

- Los recursos psíquicos defensivos, cronicables, de los que disponen el bebé y el niño de corta edad para protegerse de la sobreestimulación somatoemocional generadora de estrés negativo o angustia, procedente de las diversas fuentes estímulares a las que se vive expuesto desde que nace y especialmente en el ámbito relacional.
- Consecuencias psicopatológicas y neurofisiológicas del estrés en el bebé y el niño de corta edad.
- Algunos efectos psíquicos y cerebrales de los mecanismos de adaptación y defensa primarios.
- Algunos efectos de las crisis agudas de reactivación de la angustia/tensión basal; de los mecanismos de desconexión de la percepción, y de la retracción libidinal (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010a-b, 2011, 2013a).

Pero...

- ¿Cuáles son las competencias psíquicas de un bebé cuando nace a término?

- ¿De qué recursos dispone el bebé de corta edad para regular su estado emocional y sensorial, especialmente ante el impacto de una sobreestimulación o estimulación negativa percibida, especialmente en su experiencia relacional?
- ¿cuáles son los procesos psíquicos que permiten explicar la actividad psíquica desencadenada ante dicho impacto que, en algunos casos, ha podido generar una experiencia psiconeurobiológica traumática muy temprana?
- ¿Cómo podemos representarnos la naturaleza de las actividades de recepción, percepción y atención en el bebé, en el ámbito sensorial y emocional-relacional?
- ¿Cuáles son las fuentes estimulares que pueden afectar su estado?
- ¿Cuáles pueden ser los efectos de la cronificación de los mecanismos de defensa antipercepción activados?
- ¿En qué patologías podemos encontrar consecuencias evidentes o vestigios subclínicos de dicha activación defensiva temprana, y de los efectos de la presencia de un núcleo traumático primario?
¿Qué efectos pueden esperarse a corto, medio y largo plazo?
- ¿Cuáles son las posibilidades de prevenir o revertir dichos procesos y efectos tempranos?

Estas son algunas de las preguntas abordadas en esta Tesis, que pretende poner de relieve que en los primeros tiempos de la vida postnatal, aunque también en la vida prenatal, ante percepciones somatosensoriales y somatoemocionales que excedan las capacidades de metabolización psíquica y cerebral disponibles, y generen estrés/angustia agudo o crónico, pueden activarse mecanismos psíquicos muy tempranos, que buscan regular el estado sensorial y emocional, y que pueden afectar el desarrollo psíquico, somático y cerebral del bebé a corto y largo plazo.

1.3. Premisas teórico-clínicas.

1º - La psicósomática perinatal es un campo clínico especialmente competente para describir las alteraciones del cuerpo directamente ligadas a experiencias de sufrimiento emocional temprano en el contexto interactivo (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010-a-b, 2011, 2013a).

La vulnerabilidad psicósomática está relacionada con experiencias tempranas de sufrimiento que han producido un efecto traumático y han generado déficits en la organización psíquica, relacionados con los efectos de ciertas defensas psíquicas muy precoces que se activan en ése momento y que pueden perdurar a lo largo de toda la vida (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010a-b, 2011, 2013a; Marty, 1976, 1992, 1995; Smadja, 2001, 2008; Debray, 1992, 1996, 1998; Szewc, 1993, 1998, 2008; Kreisler, 1992, 1996, 1998, 1999).

Algunos ejemplos los encontramos en las descripciones de la *depresión esencial* (Marty, 1995); la *alexitimia* (Sifneos, 1995); la *vida operatoria* (Marty, 1995); el *comportamiento vacío* de los niños y la *depresión blanca* infantil (Kreisler, 1992, 1995); la *depresión anaclítica* y, en situaciones de carencia afectiva extrema, en el *hospitalismo* y el *marasmo* (Sptiz, 1945, 1946).

Conceptos relacionados con una disminución importante de la percepción somatoemocional nuclear del sí-mismo, que se encuentran relacionados con un incremento del riesgo de patología psicósomática, incluyendo trastornos alimentarios y del sueño; retraimiento relacional (Guedeney, 2001); evolución autística; trastornos reactivos del apego; ansiedad; depresión; déficit de atención; hiperactividad; y alteraciones del carácter (Palau, 2010b).

2° - La clínica del estrés y la teoría del apego ofrecen conocimientos que coinciden con algunas de las descripciones de la clínica psicósomática perinatal. En este trabajo se recogen algunos resultados de las investigaciones llevadas a cabo sobre el daño relacional asociado a experiencias infantiles traumáticas en el contexto del apego, y sobre el daño cerebral.

3° - El sufrimiento emocional del bebé puede tener su origen en el sufrimiento emocional de su madre/padre; en el sufrimiento experimentado con su propio cuerpo alterado o enfermo; y con un entorno físico sensorialmente sobreestimulante. A su vez, el sufrimiento del bebé podrá afectar a la madre/padre y la afectación de éste afectará a su vez al bebé. El sufrimiento experimentado por el bebé o su madre/padre es compartido y afectante a ambas partes (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010a-b, 2011, 2013a).

4° - La naturaleza de los mecanismos psíquicos de defensa que el bebé es capaz de usar muy tempranamente para protegerse del sufrimiento emocional percibido, puede producir el efecto de una desconexión de la percepción-atención somatoemocional que desencadene a la vez un disfuncionamiento cerebral y psíquico, generando déficits en la organización mental desde el punto de vista del desarrollo de las representaciones afectivizadas (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010a-b, 2011, 2013a).

5° - La naturaleza de esos mecanismos, tanto por el tiempo tan temprano en el que se pueden activar (desde los primeros días de vida) como por los efectos que pueden derivarse de ellos, preceden a otros procedimientos psíquicos de defensa, como es la disociación, sobrevenida, según las formulaciones más habituales, de manera directa ante experiencias traumáticas (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010a-b, 2011, 2013a).

6° - De tal modo que la exclusión y, por tanto, la falla de integración en el nivel de la atención consciente, de la información estimular ligada a las experiencias de sufrimiento actual o anterior, dificultaría poder seguir desarrollando recursos psíquicos adaptativos y defensivos actualizados.

7° - La activación de los mecanismos de defensa antipercepción podrá cronificarse o reactivarse en el futuro y comprometer la organización de un funcionamiento psíquico regular.

8° - Los procesos defensivos, asociados a experiencias de angustia/estrés o trauma pueden llegar a generar estados de ausencia muy intensos (Palau, 2007a-c) y de retracción, o retraimiento relacional (Guedeney, 2001a - 2001b, 20014).

Estos movimientos intensos de retracción psíquica, activados ante el impacto producido por la intensa angustia difusa o automática, o pánico, pueden desencadenar movimientos masivos de desinvertimiento libidinal que colocan al sujeto ante vivencias de vaciamiento o pérdida de su vitalidad sensorial y afectiva que pueden llegar a la sideración o “parálisis” psíquica (Palau, 2000, 2003b, 2007, 2007c, 2010a-b, 2011, 2013a). En ésta Tesis se analizan varios de estos estados entre los que se encuentran algunos de sus efectos observables en algunos niños afectados de déficits de atención, así como en adultos.

CAPITULO 2. ALGUNAS DIMENSIONES DEL SER BEBÉ.

Plantear que el bebé dispone desde su mismo nacimiento de recursos psíquicos y cerebrales, más o menos desarrollados según el tiempo de gestación, preparados para procurar regular el exceso de estimulaciones negativas recibidas, procedentes de alguna de las fuentes estimulares que pueden afectarlo y, en especial, de la experiencia emocional compartida con sus cuidadores, nos lleva a preguntarnos por sus competencias y por la orientación de su actividad mental.

2.1. Discernimiento de sí y de los demás.

A diferencia de la mayoría de las teorías clásicas sobre el desarrollo cognitivo y emocional de los niños pequeños, la investigación muestra que al nacer el bebé ya manifiesta los rudimentos de una diferenciación de sí y del mundo sobre la base de experiencias polisensoriales que le permiten diferenciar su propio cuerpo frente al mundo de las cosas externas. Se trata de experiencias que incluyen generalmente una experiencia propioceptiva, que es la modalidad de la percepción de sí por excelencia, y que especifican de manera única y exclusiva su propio cuerpo, por oposición a otros cuerpos físicos del entorno (Rochat, 2003).

Es sobre la base de estas experiencias multi-sensoriales tempranas y especificantes del propio cuerpo, que el bebé desarrolla un conocimiento implícito del cuerpo, definido como un sentido ecológico de sí como entidad diferenciada (Neisser, 1991; Rochat, 1997), situada y agente con el entorno, mucho antes de que se reconozca en el espejo de una manera explícita (Rochat, 2003).

Esto se demuestra, señala Rochat (2003), en la obra de Marlier, Schaal & Soussignan (1998) que aborda el aprendizaje olfativo del recién nacido; o en la investigación sobre los aprendizajes de la voz de la madre, oída por el bebé en el útero (Lecanuet, Fifer, Krasnegor & Smotherman, 1995)

La aparición de una consciencia explícita de sí hacia los dos años, no es repentina o espontánea. Al contrario, esta conciencia es el producto de una experiencia perceptiva del cuerpo que el bebé obtiene desde su nacimiento y tal vez incluso antes. Experiencia del propio cuerpo en relación al sí mismo, pero también en la interacción con las cosas físicas y, lo más importante, en la interacción con los demás (Rochat, 2003).

2.2. En busca de sentido y de control de la experiencia vivencial.

Si bien es cierto que el bebé es un buscador nato de otro ser humano al que poder vincularse y con el cual compartir su experiencia y vivirse objeto de amparo, protección y disfrute, también es un buscador innato de sentido con el que se esfuerza en mantener un control sobre su experiencia.

Desde su vida prenatal, el psiquismo del bebé se ocupa de integrar y procurar dar sentido a las diferentes percepciones o estimulaciones de naturaleza fisiológica y somatoemocional, procedentes tanto de su cuerpo como de estimulaciones sensoriales y psicoemocionales procedentes del exterior a sí mismo (Righetti, 1999, 2000; Castiello, Becchio, Zoia, Nelini, Sartori & Blason, et al., 2010; Stern, 2012).

“El recién nacido utiliza canales multi-sensoriales que se organizan de una manera cada vez más rica y compleja en un sistema de ir y venir entre él y su medio (Golse & Moro, 2014, p. 72).

Según Vaivre-Douret (2003) “existe un orden cronológico en la maduración de los diferentes sistemas sensoriales del feto. Este orden es idéntico al que se observa en todos los vertebrados: en primer lugar el tacto, después la sensibilidad vestibular, el olfato, el gusto, la audición y, finalmente la visión”, citado por Golse & Moro (2014, p. 74).

¿El feto piensa?

Al respecto, Golse (Golse & Moro, 2014) diferencia entre el proceso no tético de “pensar” ligado al simple proceso de inscripción psíquica de los estímulos sensitivo-sensoriales, de manera similar a lo que sucede en la organización del “pensamiento” en los seres vivos no humanos, y el proceso tético de inscripción psíquica de las percepciones acompañado de una actividad reflexiva de “pensarse pensando”. Al respecto señala la dificultad que existe para imaginar que el feto pueda desarrollar una actividad de pensar que suponga el acceso a una consciencia tética propia de un sujeto capaz de pensarse en primera persona.

En el contexto relacional, el bebé se esfuerza en descifrar la intención contenida en el comportamiento de quienes le acompañan para comprenderles (Stern, 2004).

Según el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979) el desarrollo se produce en el contexto de una interacción constante entre la estructura del conocimiento del niño/a y el mundo.

Al igual que nosotros, el bebé es visto como un investigador activo de información y de estimulación, en un entorno en el que su conocimiento de la naturaleza se encuentra ampliamente determinado por su capacidad de extraer y tratar la información (Gavin-Brenner, 1994). Esta visión coincide con la de los investigadores en cognición, que ven al bebé como un investigador que reinventa el mundo (Meltzoff & Gopnik, 2000), (Trevvarthen, 1993). Para Bronfenbrenner, en el proceso de construcción de las estructuras mentales, los padres pueden, mejor o peor, ofrecer el mundo a pensar al niño, descomponiéndolo en elementos significativos y adaptados a su capacidad de aprehenderlo.

2.3. Su tendencia a la iniciativa en el intercambio.

Los estudios de micro-observación mediante videoscopia, han permitido poner en evidencia que en el ámbito de las interacción padres-bebé, *es el bebé quien toma la iniciativa* del intercambio y quien lo regula, si la sensibilidad de sus cuidadores se lo permite (Brazelton citado por Guedeney, 2014).

La conceptualización de dicha sensibilidad (afectable por factores inherentes al estado de salud del bebé y de los propios cuidadores) y su evaluación, se encuentra ligada a algunos conceptos como la *intonía afectiva* de Stern (1997-2003), relacionada con la capacidad de la madre o cuidador para devolver al bebé lo que ha podido expresar en un modo sensorial, utilizando otro modo sensorial; la *sincronía de la interacción*, referida por las variaciones simultáneas de los estados afectivos y comportamentales; y la *sensibilidad materna*, caracterizada por la identificación de las señales del bebé, la interpretación adecuada de las señales, la velocidad de la respuesta y la flexibilidad de la atención y de los comportamientos, el adecuado nivel de control, así como la negociación de los objetivos discordantes (Guedeney, 2014).

2.4. Comunicación triangular inicial.

El reciente descubrimiento en torno a la capacidad del bebé para interactuar, desde que nace, con más de una persona a la vez, permite hablar de una alianza familiar y de una

comunicación triangular inicial, en la que cada uno de los integrantes desempeña un papel activo.

Esta comunicación triangular innata o precoz, que señala la capacidad del bebé para interactuar con ambos padres a la vez, se diferencia del supuesto clásico sobre el desarrollo, que merece ser revisado, según el cual el bebé comienza primero por interactuar a dos y sólo después a tres (Fivaz, 2014).

2.5. Intercomunicación, co-empatía primaria y modelos representacionales.

Fernando Martínez (2014), plantea que el bebé cuenta con una serie de reacciones emocionales instintivas específicamente humanas (quizás compartidas con unos pocos primates) frente a estímulos sociales, en las que se fundamenta el carácter social de nuestra especie. Así el bebé muestra respuestas de gratificación (atracción, placer) a expresiones faciales de alegría o aprobación (sonrisas, risas; la sonrisa social) y quizás a veces de alegría/aprobación, y respuestas de miedo/ansiedad (o aversión) a expresiones faciales y voces de enfado, miedo o reprobación y al llanto. Estas capacidades de respuesta instintiva del bebé, nos sigue diciendo, requieren de una capacidad muy precoz de percibir los rasgos faciales y de identificar el contenido emocional de los mismos (reconocer la alegría, la tristeza o el enfado en la cara), y de elaborar comportamientos de respuesta emocional a los mismos, que indica que el lactante ya posee un sistema emocional muy maduro.

El resultado de estos comportamientos emocionales instintivos es lo que podríamos llamar el mimetismo emocional o reacciones emocionales especulares: el niño llora al ver llorar y sonríe al ver sonreír. Más exactamente, el niño se pone contento cuando está rodeado de adultos felices, y siente tristeza si vive en un ambiente dominado por emociones negativas. No se trata de una simple imitación de los adultos, sino de un contagio de sus emociones (Martínez, 2013).

Schechter, Willheim & Erica (2009) plantean que Fonagy et al. (1991, 1993), en su objetivo de explorar modelos representacionales, identificaron la capacidad para el “funcionamiento reflejo”, como tener consciencia de una relación significativa entre estados mentales subyacentes (sentimientos, pensamientos, motivaciones, intenciones) y la conducta en y entre, el yo y los otros. El grupo de Fonagy encontró que el funcionamiento reflejo del cuidador era significativamente predictivo de la clasificación de apego infantil. La capacidad del cuidador para “leer” los estados mentales infantiles de forma precisa y con inferencia de significado, permite respuestas sensitivamente armoniosas que crean una experiencia subjetiva de seguridad y apoyo en la capacidad de autorregulación en el desarrollo del bebé (Bretherton & Munholland, 1999). Cuando el desorden en el funcionamiento reflejo conduce a la experimentación de afecto altamente negativo, ciertos aspectos del funcionamiento mental pueden inhibirse como actos de defensa (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994) o excluirse (Bretherton, 1990). Un cuidador en un estado de inhibición defensiva será incapaz de responder y reflejar con precisión el estado mental del niño, dejando a éste manejando estados de arousal y ansiedad en soledad. Las implicaciones funcionales del plano cortical premotor y las estructuras parietales, en el contexto del desarrollo temprano, están sólo empezándose a entender.

Veamos los modelos internos operantes y sus representaciones de interacción generalizada, definidos por Golse (traducción nuestra):

Cada vez que el bebé reencuentra a su madre (o a los adultos que se hacen cargo de él) observa la naturaleza de sus respuestas a las señales que él emite, bien

sea en el campo de las señales de apego (J.Bowlby) o en el campo de su mutua sintonía emocional (o armonización de los afectos descrita por Stern D.N.).

En el campo de la sintonía emocional, y al hilo de estos encuentros interactivos, el bebé va a ir interiorizando algo del estilo interactivo de su madre que él podrá poco a poco reconocer - no de manera figurativa sino más bien de manera abstracta y rítmica - tan pronto de manera inmediata como diferida, como ampliada o atenuada, o más bien uni- o transmodal, o bien en términos de "representaciones de interacción generalizadas".

De la misma manera, el bebé inscribe en su psiquismo una suerte de media de las respuestas maternas (o paternas) en términos de apego y, en ocasión de cada nuevo encuentro interactivo con ella (o con él), va a medir la separación entre la respuesta materna (o paterna) presente y aquellas representaciones medias que él se ha forjado de ella (o de él), representaciones medias que no son otras que sus futuros *Working internal models* o "modelos internos operantes" descritos por I. Bretherton (1990). (Golse, & Moro, 2014, p. 24).

Schechter y Willheim exponen que ahora se sabe que circuitos neurales específicos del cerebro en desarrollo, entre los que se encuentra prominentemente el sistema de las neuronas espejo, descubierto por Giacomo Rizzolatti y su equipo de investigación de la Universidad de Parma, son cruciales para el desarrollo cognitivo social, el auto-conocimiento, la regulación afectiva y el aprendizaje (Lacoboni & Dapretto, 2006).

Itzhak Fried, profesor de neurocirugía de UCLA y de psiquiatría y ciencias bio-conductuales, y Roy Mukamel (2010), un becario postdoctoral en el laboratorio de Fried y sus colegas, realizaron por primera vez una grabación directa de las neuronas espejo en el cerebro humano. Registraron tanto la actividad en células individuales como en células múltiples, no sólo en las regiones motoras del cerebro, donde sólo se pensaba que las neuronas espejo existían, sino también en regiones implicadas en la visión y en la memoria (Schechter & Willheim, 2009).

Además, mostraron que los subconjuntos específicos de neuronas espejo aumentaron su actividad durante la ejecución de una acción, pero disminuyeron su actividad cuando sólo se observaba una acción.

"Nuestra hipótesis es que la disminución de la actividad de las células cuando se observa una acción puede ser la de inhibir al observador de realizar automáticamente la misma acción", dijo Mukamel, autor principal del estudio. "Además, este subconjunto de neuronas espejo puede ayudarnos a distinguir las acciones de otras personas de nuestras propias acciones."

Este nuevo hallazgo demuestra que las neuronas espejo se encuentran en más áreas del cerebro humano, que en las que se suponía. Dado que diferentes áreas del cerebro implementan diferentes funciones - en este caso, la corteza frontal medial para la selección de movimiento y la corteza temporal medial para la memoria - el hallazgo también sugiere que las neuronas espejo proporcionan un reflejo complejo y rico de las acciones de otras personas. Debido a que las neuronas espejo se disparan, tanto cuando un individuo realiza una acción, como cuando mira a otra persona realizar la misma acción, se crea este "espejo" que es el mecanismo neuronal por el cual las acciones, intenciones y emociones de otras personas pueden ser entendidos de forma automáticaⁱ (Itzhak & Mukamel, 2010).

2.6. La percepción en la construcción de sentido para mantenerse organizado.

La dinámica de dar sentido a la propia experiencia psicofisiológica se establece, desde los orígenes de la actividad psíquica, en una necesidad básica para organizarse y mantenerse vitalmente orientado. Uno de los motivos psicofisiológicos de ésta dinámica, apuntalada en la percepción, está relacionado con la necesidad de neutralizar la activación generada por la interacción con el mundo (Bazán, 2014).

Según Bazán (2014), construyéndose a partir de la movilización motriz suscitada por la sensación, que se situaría en la periferia del aparato psíquico y correspondería a la información aferente, la percepción se situaría en el corazón del aparato psíquico, construyéndose entre la activación motriz, movilizadora por la información aferente y la parte de la activación de la sensación que quedará sin eco en el aparato psíquico del sujeto.

2.7. Función anticipatoria.

La indagación del mundo vivencial que lleva a cabo el psiquismo del bebé se apoya en una función anticipatoria que, partiendo de una programación básica que precede al nacimiento, se reorganiza de manera continua con la asimilación de las experiencias ontogenéticas procedentes de su interacción con el mundo (externo e interno). Rof Carballo (1972) plantea que “el mundo perceptivo está montado sobre una “expectación” y que se percibe aquello que se está, en tenso bosquejo, *preparado a percibir*” y señala que para Piaget la función anticipatoria es la clave primordial de todo conocimiento humano. Su concepto de asimilación cognitiva implica una integración a estructuras previas y juega un papel fundamental en todo conocimiento y, por tanto, en todo aprendizaje (Carballo, 1972).

2.8. Concepciones de la atención como sistema multidimensional.

En su libro “Les bébés en détresse”, Denis Mellier (2005) profundiza sobre los conocimientos desarrollados entorno a la atención. Veamos algunos fragmentos:

“Los trabajos sobre la atención describen un sistema complejo con una parte más consciente, selectiva, y otra más automática e implícita. La atención automática sería una especie de “vigilante permanente”, que gestiona nuestra relación con el mundo, mientras que la atención *voluntaria* o *controlada* correspondería a la vigilia y a la vigilancia de un guía. La primera es inmediata y se desarrolla sin esfuerzos aparentes, aunque resulta rígida. La segunda es activa, intencional y preparatoria, requiere muchos esfuerzos para mantenerla y no puede abarcar más que poca información a la vez, aunque tiene la ventaja de la flexibilidad” Mialet J.P. (1999), citado por Denis Mellier.

En la psicología cognitiva, la atención está ligada a la manera en la que el sistema cognitivo trata la información. Camus (1996), citado por Mellier, explica que existe una gran variedad de operaciones atencionales, como “la selección de información, la focalización atencional, la movilización de recursos atencionales en la concentración y el esfuerzo, la resistencia a la distracción, el control a la vez coherente y flexible de la actividad (...)”. Esta diversidad lo lleva a privilegiar la idea de un “proceso” que reenvía a operaciones de tratamiento de la información e incluso a la existencia de un verdadero sistema atencional” (Mellier, 2005), (traducción nuestra).

Las investigaciones de los psicofisiólogos han abandonado también una concepción unitaria de la atención para poner el acento sobre una concepción multidimensional en la que la atención es contemplada como un proceso que tiene varias funciones de selección, de distribución, de regulación y control de la actividad”

(Possamaï, Bonnel & Requin, 1993). Retendremos que estos procesos varios no son conscientes sino que están organizados para mantener una suerte de funcionamiento del aparato psíquico (Mellier, 2005, cap. 3).

La misma constatación final se produce con la definición que propone E. Sierof, citado por Houdé (1998), en neurociencias. Indica que la atención es una llave para comprender el funcionamiento del cerebro. Si ella se encuentra ligada a los límites de las capacidades mentales, ella “parece ser el principal factor de control del funcionamiento cerebral y del comportamiento”. Está constituida por un verdadero circuito del sistema nervioso. El retiene en su definición la componente clásica de la atención como proceso de selección de las informaciones (doblado por “un sistema atencional” superior que permite tomar decisiones) y su función de mantener o de hacer variar el nivel de tratamiento de esas informaciones (lo que corresponde a los diferentes estados mentales de alerta, de vigilia o de vigilancia). Así mismo señala que esa red está conectada con los demás sistemas que sostienen la memoria, la emoción o la consciencia.

Esta atención automática dependería en gran parte de una memoria procedimental fundada sobre la adquisición de automatismos que no surgen directamente de un aprendizaje basado sobre el lenguaje. Algo que encontramos en varias concepciones actuales (Mellier, 2005, cap.3).

Algunos psicoanalistas como Stern (2004), para quien el cambio en terapia es contemplado bajo la forma de una “emergencia” a nivel procedimental o no verbal, hacen referencia a esta teoría de lo implícito/procedimental. Dornes (2002) indica que los conocimientos del lactante sólo pertenecen a éste registro” (...). Sin embargo resultaría importante tener en cuenta la existencia en ése nivel “procedimental”, de un “conocimiento implícito”, pero contemplándolo como el resultado de un trabajo de interiorización de la preocupación maternal primaria y de las múltiples atenciones de las que el sujeto o el grupo ha sido objeto. Los sufrimientos primitivos resultarían de las fallas en esta organización implícita del funcionamiento psíquico” (...). Los bebés gravemente carenciados no pueden construirse en un espacio que permita a su atención desarrollarse con flexibilidad. Realmente en peligro para su propia supervivencia, la atención se ha crispado sobre el “quien vive” del peligro, antes de retirarse de los contactos humanos (Mellier, 2005, cap.3).

Freud crea implícitamente una nueva concepción de la atención en relación con la posibilidad de un desplazamiento por asociatividad. La atención se vuelve un proceso periódico de toma de contacto por tanteo entre el inconsciente y el mundo exterior, el otro. Esta definición de una atención a la vez consciente e inconsciente (Houzel, 1998), vuelta hacia el afuera y vuelta hacia el adentro (Golse, 1999, 2002), reposa sobre un vaivén tanteador periódico (...). Concebida como una actividad periódica de la conciencia, Freud señala en 1911: “La atención debe de extraer periódicamente datos del mundo exterior para que estos puedan ser conocidos con anticipación cuando surge una necesidad interior imposible de aplazar. Se trata de un proceso perceptivo activo: “ésta actividad va al encuentro de los datos de las impresiones de los sentidos en vez de esperar su aparición” (Mellier, et al. 2005).

A partir de la concepción freudiana de la atención, la idea de un trabajo psíquico de “ligazón” se vuelve posible. Se trata de un proceso activo, aun cuando esté ligado a la perceptividad. La atención ofrece a la percepción “un indicio de realidad” y, para Freud, ella estará siempre ligada a la “consciencia”. Ese ir y venir va en la dirección de las percepciones externas y de las percepciones internas (Mellier, 2005, cap.3).

Desde el punto de vista de la función Alfa de Bion (1977), contemplada como actitud que el profesional o acompañante del bebé deben de tener para convertir en psíquico aquellos elementos que se encuentran fuera de un trabajo de psiquización, la atención se convierte en una disciplina. Desde éste prisma el trabajo psíquico a efectuar consistiría en transformar profundas tensiones derivadas de un sufrimiento primitivo, en elementos psíquicos emocionalmente identificables para el sujeto, representables o más bien pre-representables, al nivel de “la representación de cosa”. La función de contener, designa éste trabajo a efectuar, siendo así también una función de simbolizar (Mellier & Athanassious et al., 2005).

Concebida como toma de consciencia del sí-mismo (awarness), esta atención dependiente de la función Alfa se apoya sobre las emociones. Las emociones corresponden entonces a una suerte de órgano de los sentidos “para las cualidades psíquicas”, y ellas “cumplen para el psiquismo una función análoga a aquella de los sentidos en relación a los objetos del espacio y del tiempo”. Bion (1977) habla así de una verdadera “atención psíquica” que se opone a una consciencia rudimentaria que no dependería más que de la percepción de los órganos de los sentidos.

Respecto a la posición del cuidador, la función de la atención es descrita por G. Haag (1994), citada por Mellier, del modo siguiente: “Diríamos que es una especie de fuerza que tiene que ver con la imantación, con la atracción, con la reunión, y que parece una de las cosas más importantes a identificar en la función materna”. La función del cuidador puede ser identificada con la concepción de “capacidad de rêverie” de la madre.

Para el cuidador que asume la atención como una disciplina, es la importancia de su disponibilidad psíquica, lo que se subraya. Éste debe de esforzarse en permanecer en un estado mental capaz de acoger las ansiedades primitivas experimentadas por los bebés

Concebida la atención en su actividad de ir y venir entre el exterior y el interior, entre los diferentes espacios del mundo interno, entre el otro y el sí mismo, esta flexibilidad de indagación periódica que describía Freud, permitiría una sincronización con el estado del otro y, por ello, poder desarrollar una empatía (Mellier & Athanassious et al., 2005).

La situación sufriente, violenta o negativa de una madre o cuidador, le dificultaría o incapacitaría para desarrollar una función de atención materna adecuada, debido a la disminución o pérdida de su sensibilidad empática para traducir emocionalmente el estado del bebé, y para desarrollar una adecuada sincronía relacional.

2.9. Memorias disponibles.

En relación a la *memoria filogenética*, cuyo origen es la experiencia acumulada por la especie, Manzano (2009) señala que, “a pesar de la poca atención que se ha prestado a esta forma de memoria, ella constituye probablemente el componente más importante de la memoria almacenada en el cerebro, de la que depende una supervivencia lo suficientemente durable que permita al individuo reproducirse” (Purves, 2005, citado por Manzano). En relación con esta memoria filogenética se encuentra, lo que en neurofisiología se llaman los comportamientos prefijados para significar la existencia en el nacimiento de los circuitos neuronales complejos, implicando informaciones sobre el medio externo (Manzano, 2009).

En cuanto a la *memoria implícita*, que se expresa a través del desempeño (performance), está disponible desde el comienzo de la vida, e implica partes del cerebro que no requieren de un procesamiento consciente ni para su codificación ni para su recuperación como recuerdos (Moreno, 2012). Esta memoria incluye «una heterogénea colección de habilidades, hábitos y disposiciones que resultan inaccesibles al recuerdo

consciente, y sin embargo han sido moldeadas por la experiencia, influyen sobre nuestra conducta y nuestra vida mental, y son una parte fundamental de quiénes somos” (Squire, 2009). Esta afirmación señala la interacción existente entre los circuitos de la memoria implícita (procedural) y su relación con los de la memoria explícita.

Desarrollada desde la época prenatal, la amígdala es el lugar de la memoria implícita, existente ya, pues, desde la vida prenatal.

Pero la memoria necesita ser considerada también desde la perspectiva de la plasticidad cerebral, que la concibe como un proceso dinámico de modificación de la huella mnémica relacionado con la experiencia del sujeto. Ansermet y Magistratti (2011) plantean:

La reconsolidación que, en realidad, se emparenta más bien con una "desconsolidación", designa el hecho de que una vez reactivada, una huella mnémica se vuelve momentáneamente modificable. Puesta otra vez en juego por la rememoración, no sólo la huella se muestra lábil, sino que se vuelve disponible para nuevas asociaciones, más allá de lo que había presidido a su inscripción (...). Esta reconsolidación, que labiliza las huellas, da paso también a la posibilidad de crear nuevas asociaciones que permiten a un sujeto liberarse de la compulsión a la repetición en la cual se halla en su escenario fantasmático. Por lo tanto, la reconsolidación introduce una "desconsolidación", una discontinuidad en el proceso mnémico que permite el cambio y, por la reactivación de la huella inscrita, paradójicamente nos devuelve un poco de nuestra libertad (p. 147-148).

Así pues, en los primeros tiempos de la vida la búsqueda de sentido de lo vivenciado parte de una expectativa psíquica de indagación, resultante, al menos, de la experiencia acumulada en la memoria filogenética de la especie que la orienta, y de la experiencia ontogenética interactiva, acumulada en la memoria implícita primero y después en la narrativa, que la reorganiza de manera dinámica e individual, resignificando y reconsolidando a su vez la huella de la experiencia emocional generada en el contexto relacional. Memoria ontogenética que contiene múltiples percepciones acumuladas desde la vida fetal, en el contexto de la interacción con un otro al que el bebé busca para desarrollar, de manera activa, una comunicación emocional compartida e intersubjetiva, facilitada por un substrato neurobiológico, como son las neuronas espejo (Rizzolati, 1998, 2001), en el que se apoya el desarrollo de la co-empatía primaria. Fenómeno neurofisiológico denominado por Gallese (2006) como resonancia encarnada, para el que se encuentra preparado el bebé desde su nacimiento con el fin desarrollar una comunicación emocional analógica con su madre. Experiencia de comunicación intersubjetiva facilitada por el proceso de transparencia psíquica materna (Bydlowsky, 2001).

2.10. Neurofisiología y genética.

En el campo de la neurofisiología, tanto los trabajos pioneros de Ramón y Cajalⁱⁱ, como los de Eric Kandel (2001), ponen en evidencia mecanismos de sinaptogénesis que van a seguir activos toda la vida. De este modo, nuevas estructuras y circuitos neuronales van a crearse en función de la experiencia y hasta la muerte (Ansermet & Magistratti, 2006). En el campo de la genética, la modificación específica de la expresión de los genes dependiendo de la experiencia es, hoy en día, un conocimiento bien asentado por la epigenética, que ha modificado las nociones simplistas sobre la genética, así como la concepción de un determinismo rígido (Rutter, 2001).

Ha quedado demostrado que las experiencias de malos tratos, carencias y abusos sexuales sufridas con el entorno etc, pueden dejar huellas epigenéticas a través de la

metilación del ADN. Pero también factores maternos como la depresión, la ansiedad y la adicción materna pueden dejar huellas epigenéticas que desemboquen en diferencias internas individuales en la respuesta al estrés (Ansermet & Magistratti, 2011).

A la clásica concepción de una transmisión genética intergeneracional determinista, se añade hoy en día la de una transmisión intergeneracional de huellas epigenéticas. Lo que supone que existe una transmisión intergeneracional de lo adquirido por un sujeto (Moreau, et al., 2001; Collin-Vézina, & Cyr, 2002; Aguiar, & Halseth, (2015).

Estos conocimientos resultan de una enorme importancia en el campo de la salud perinatal, puesto que los niños afectados por traumas prenatales y postnatales pueden transmitir su trauma a las siguientes generaciones.

Nuestra visión clásica de la psicopatología se modifica al integrar estos conocimientos puesto que estaríamos ante vulnerabilidades adquiridas y, por tanto, trayectorias individuales, más que ante estructuras genéticamente determinadas.

2.11. Percepción amodal.

Con fines adaptativos, la actividad psíquica busca establecer enlaces entre sus percepciones y sus posibles causas, en el ámbito de las distintas informaciones estímulares que se producen interactivamente con su cuerpo y su entorno. Para que un bebé pueda aprehender el mundo sensorial, el cerebro va estableciendo la coherencia que existe entre todas las diferentes informaciones sensoriales que recibe.

Para comprender la manera en la que procede, Stern (2003) aborda el concepto de percepción amodal y la define como “una capacidad innata, programada, que conduce al lactante a tratar las informaciones recibidas en una modalidad sensorial determinada y traducirlas en otra modalidad sensorial”. Esta percepción amodal está presente en la edad adulta: con los ojos cerrados, un individuo consigue llegar a representarse visualmente un objeto, mediante el tacto, sin haberlo observado anteriormente.

La percepción amodal permite la *transmodalidad*, es decir la transferencia de una modalidad sensorial a otra y la *intermodalidad*, es decir, la correspondencia entre todos nuestros órganos sensoriales. El cerebro va a poder vincular y reunir de ése modo lo que se ha percibido a través de los órganos sensoriales. Los diferentes sentidos van a coordinarse entonces, y superponerse en una experiencia consensual hacia un mismo objeto. Para que una integración global sea posible, Stern (2003) precisa que esta percepción amodal debe basarse en los afectos.

El lactante está pre-estructurado para realizar transferencias transmodales de información que permiten reconocer una correspondencia entre el tacto y la visión. En este caso, el vínculo entre las experiencias táctiles y visuales se realiza por la vía de la estructura innata del sistema perceptivo, y no por un contacto repetido con el medio ambiente... Así, el lactante parece tener una capacidad general e innata, que puede llamarse percepción amodal, que le conduce a tratar las informaciones recibidas en una modalidad sensorial determinada, y a traducirlas en otra modalidad sensorial. No sabemos cómo se realiza este trabajo. Es probable que no identifique la experiencia como perteneciente a la información de una modalidad sensorial particular. Es más probable que ellas trasciendan el modo o la modalidad y existan de una manera supramodal desconocida... Dichas representaciones abstractas, de las que el bebé tiene la experiencia, no son imágenes, sonidos o contactos de objetos

que se puedan nombrar, sino más bien formas, intensidades y figuras temporales, los caracteres más "globales" de la experiencia (Stern, 1985).

En relación a la transferencia de la percepción transmodal, Palau (2010b) señala lo siguiente:

Si el malestar emocional es experimentado de manera corporal en el bebé de corta edad y éste dispone, como lo demuestran las pruebas de la Escala de Brazelton, de unos recursos para elevar el umbral de percepción ó desconectarse de la percepción del estímulo sonoro intrusivo y molesto, con eliminación de la expresividad reactiva, éste mismo mecanismo podría activarse para suprimir la percepción del malestar corporal, tanto cuanto éste tiene su origen en una alteración fisiológica, como cuando es el la traducción del malestar psíquico, sentido somáticamente; desconexión de la resonancia somatosensorial y somatoemocional que repercutiría en la percepción, aunque no en la recepción emocional.

¿No podrían seguir activos estos mecanismos de desconexión auditiva, al enlazarse precozmente la audición con las emociones? Y, al permanecer intensamente activos, para defenderse de la percepción "afectiva" inasimilable enlazada a la audición, ¿no podrían afectar el desarrollo del habla?

2.12. **Función materna, reguladores ocultos y estrés.**

Las investigaciones llevadas a cabo por Myron Hofer (2000) en torno a la fisiología del apego en las ratas, han ampliado la perspectiva neurofisiológica del apego, descubriendo una extensa capa de procesos biológicos subyacentes a los constructos conductuales y psicológicos de la teoría del apego.

Ocultos dentro de las interacciones madre-cría se encuentran múltiples eventos sensoriomotores, termo-metabólicos y nutritivos que tienen un inesperado efecto regulador en los sistemas conductuales y fisiológicos de la cría.

Con la palabra "regulador" Myron Hofer (2000) se refiere a la idea de que determinados sistemas individuales de la cría son controlados en su nivel, frecuencia o ritmo por componentes particulares de la interacción social con la madre, y que la pérdida de estos reguladores ocultos, durante la separación materna, es lo que desencadena las fases de protesta y desesperación en la respuesta de separación (Polan & Hofer, 1999).

Según esta nueva perspectiva, la relación de apego es el elemento regulador fundamental de la neurofisiología básica de los mamíferos sociales (Amini et al., 1996). En los mamíferos sociales, el sistema nervioso está formado por circuitos homeostáticos abiertos que requieren la estimulación externa procedente de otro mamífero social para mantener la homeostasis interna (Fiel, 1985; Hofer, 1984; Reite & Capitanio, 1985; Kraemer, 1992).

De este modo, la respuesta de un mamífero social a la separación va a estar determinada por su capacidad de mantener la homeostasis neurofisiológica del organismo de forma independiente.

Durante la infancia, esta capacidad de autorregulación es mínima y su desarrollo está íntimamente ligado a la presencia de una figura de apego que le proporcione la regulación adecuada (Carrera, 2007).

"Estos estudios han señalado que el vínculo de apego comprende múltiples sub-sistemas, en los que la madre modela y regula las funciones fisiológicas, neurofisiológicas y psicológicas de su cría (Hofer, 2003b)".

Tomados en conjunto, estos resultados nos motivan a creer que los reguladores ocultos están presentes en las relaciones humanas tempranas así como en otros animales, que algunos pueden seguir operando en las relaciones adultas, y que forman un importante mecanismo por el cual la interacción con el ambiente, en este caso el ambiente social, modela el desarrollo de los sistemas biológicos” (Hofer, 1995, p. 220).

Según Schechter & Erica Willheim (2005), Hofer (1984) ha descrito muchos “reguladores ocultos” incrustados en el sistema de apego en los mamíferos. La necesidad de regulación mutua de la emoción y el arousal en humanos dura, aproximadamente, tanto como lo que dura la mielinización de las estructuras integrativas en el cerebro y el desarrollo de las áreas corticales prefrontales. Todo lo cual sirve para ayudar al niño en la autorregulación del afrontamiento del estrés y el miedo. En otras palabras, el cuidador principal es, durante los primeros 5 años de vida, crucial en el desarrollo infantil de la autorregulación.

Los reguladores ocultos incrustados en el sistema de apego incluyen aquellos del sueño, alimentación, digestión y excreción, así como también funciones superiores de la emoción, arousal y la atención.

La literatura contiene muchos ejemplos de cómo las secuelas de la experiencia de un cuidador que ha padecido trauma y maltrato, TEPT, trastornos afectivos, trastornos de personalidad graves, y abuso de sustancias, pueden dañar esta función reguladora fundamental durante etapas formativas del desarrollo, en ambos niveles del apego representacional y conductual, y contribuir a una transmisión intergeneracional de trauma violento y maltrato (Lyons-Ruth & Block, 1996; Schechter et al. 2005; Theran, Levendosky, Bogat & Huth-Bocks, 2005).

Como los circuitos hipotalámicos-mesencefálicos-límbicos-paralímbicos-corticales en el cuidador responden conjuntamente al estímulo infantil, tal como se ha encontrado en estudios recientes de neuroimagen en la relación díada madre-bebé (Swain, Lorberbaum, Kose & Strathearn, 2007), uno puede imaginar un ciclo de desregulación en el que la angustia infantil se convierte en un estresor, en particular para un padre traumatizado. (Schechter & Willheim, 2009).

El conocimiento aportado por la descripción de los reguladores ocultos apunta a aún más, la bien sabida importancia que tiene cuidar la relación de crianza, entre la madre/cuidador y su bebé, con el fin de que dichos reguladores puedan operar adecuadamente en la regulación de diversos sub-sistemas, en los que la madre modela y regula las funciones fisiológicas, neurofisiológicas y psicológicas de su bebé.

El ejercicio silencioso e inconsciente de la función materna, como lo plantean las investigaciones sobre los reguladores ocultos de Hofer y la concepción de la Función Materna de Pierre Marty (1992), señala que una buena parte de la actividad reguladora o desreguladora del estado del bebé dependiente, se realiza de forma complementaria desde los niveles de la consciencia y, de manera interactiva, desde las funciones psiconeurobiológicas inconscientes ligadas a las funciones de maternaje en los que participan modelos internalizados.

Esa función materna, adecuadamente sostenida por el entorno, requiere poder apoyarse, ante todo, en la percepción de sentimientos, sensaciones y vivencias derivadas de una sintonía y sincronía relacional ligada a la intersubjetividad primaria, que permita

cuando las cosas van bien, que tanto el bebé como la madre/cuidador permanezcan intercomunicados, receptivos y perceptivos del estado emocional y somático cambiante del otro.

Pero la clínica perinatal nos enseña que la mejor de las madres o el mejor de los padres, pueden encontrarse en un verdadero aprieto a la hora de desarrollar su función parental si se encuentran afectados por una situación emocional que altere su capacidad de empatía y sincronía co-reguladora del equilibrio homeostático, psicosomático y emocional de su bebé.

Tanto el sufrimiento experimentado en las madres/padres como en el bebé, pueden poner en jaque la función maternal y los reguladores ocultos. Aunque suficientemente disponibles físicamente y amantes de su hijo, el bebé afectado por el sufrimiento propio o ajeno, podrá retraerse y evitar el desarrollo de la sincronía afectiva y relacional, para evitar el sufrimiento al que ésta pueda exponerle.

CAPITULO 3.- FACTORES AGRAVANTES DE LA DIABETES.

Artículo: Palau, P. (2007). Factores agravantes de la diabetes infantil. *Revista Iberoamericana de Psicología, n°8*. Bilbao: Ed. Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana (SEPIA).

3.1. Resumen.

El presente artículo, que parte del tratamiento psicoterapéutico psicossomático de una niña diabética de 2 Años y medio, en un ámbito hospitalario, afectada por graves descompensaciones, analiza y describe la importancia de varios factores agravantes de su diabetes, relacionados con los recursos psíquicos y dificultades emocionales de la niña y de su entorno cuidador. Así mismo analiza los decaimientos emocionales, acompañados de ausencias, previos a las descompensaciones diabética y su naturaleza.

Palabras clave:

Diabetes, psicossomática, factores agravantes, supresividad, ausencias.

3.2. Introducción.

De manera sintetizada voy a hablar sobre la naturaleza de algunos elementos agravantes de la diabetes infantil.

Me referiré a la supresividad, que afecta tanto a la expresión como a la percepción del mundo emocional propio y ajeno, a la violencia presente en ése contexto y a los procesos psíquicos precursores de la depresión esencial.

Para ilustrar la descripción de éstos factores he elegido el caso de una niña diabética de 2 años y medio que se llama Cristina y también, aunque de manera breve, algunas descripciones que realiza una adulta que padeció epilepsia infantil.

La niña, diabética desde los 15 meses, no responde al tratamiento médico como es de esperar y su estado, muy irregular, pone en serio riesgo su salud y ha exigido varias hospitalizaciones.

La petición que me hace la pediatra de Cristina, especialista en endocrinología, se basa en la necesidad de evitar las graves crisis de descompensación diabética que sufre. Me pide que determine y trate los factores de naturaleza psíquica, que puedan tener un papel agravante y desencadenante de las crisis, mientras la investigación y el tratamiento pediátrico siguen en su esfuerzo por mejorar la situación.

Ésta intervención tendrá lugar en consultas externas del servicio de pediatría del hospital en el que atiendo la patología psicossomática de bebés y niños.

Transcurrirá en el marco de una psicoterapia de la triada padre-madre-niña y la periodicidad media será de una sesión semanal, aunque en ciertos momentos su frecuencia será de dos.

La mejoría somática significativa, contrastada por su endocrinóloga, se producirá al cabo de tres meses, con 17 sesiones psicoterapéuticas, aunque será en torno a los 5 meses cuando la mejoría adquirirá mayor estabilidad.

3.3. Desarrollo clínico.

Pero veamos lo que sucedió en la primera entrevista en la que me encuentro con Cristina que viene acompañada por su madre y su padre.

La niña (N) entra sin decir nada y busca sentarse en una de las tres sillas, cuando de pronto, y sin que yo (T) encuentre el motivo, su madre (M) le dice:

M- No hagas ruido.

T- ¿Qué sucede?

M- Tiene mucha ansiedad, siempre tiene mucha hambre. Asocia la casa con el comer y siempre me está pidiendo comida. Le damos caramelos pero sin azúcar, es diabética. (En este momento la niña pide ir al servicio y el padre la acompaña).

T- ¿Desde cuando es diabética?

M- Desde los quince meses.

T- ¿Hay más diabéticos en la familia?

M- No, nadie.

T- ¿Cómo fue el embarazo?

M- Muy malo, pésimo, la niña salió con 31 semanas y ella llevaba una gestación de 21 semanas.

M - ¡No chilles! (Dice la madre a la niña que ha vuelto y se encuentra preguntándole a su padre por los juguetes y el material que he dejado a su disposición encima de la mesa).

T- ¿Qué sucede? (Le pregunto).

M- Pensaba que a usted le molestaba. No me había enterado de que estaba embarazada, me enteré a las nueve semanas. Estuve ingresada antes del parto porque yo tenía subidas de tensión y peligraba la niña. Estuve vomitando desde antes de enterarme que estuve embarazada.

T- ¿Cómo vivió el embarazo?

M- No esperábamos estar embarazados.

T- ¿Qué quiere decir?

M- Es que yo no soy una madre muy madre. Mis amigas tenían antojos, yo no tenía tiempo de pensar en esas cosas. Yo lo llevaba normal hasta que, al quinto mes, me dijeron que dejara de trabajar, y hasta el final. A los cuatro meses después de la baja maternal, me fui a trabajar (cuando la niña llevaba un mes en casa).

T- ¿Tenía la tensión alta antes del embarazo?

M- No, fue por el embarazo, entré con síntomas de un cólico y se dieron cuenta que era la tensión, con cinco meses de gestación. Estaba de Pascuas y al volver el lunes me fui al hospital.

T- ¿Cómo la sintió en el embarazo?

M- No tuve tiempo porque me la quitaron muy pronto y notaba algo pero no lo que nota mi hermana con su embarazo a término, cuando ya se mueven. No se me notaba en el cuerpo, engorde poco.

En este momento la niña dice con insistencia:

N- Yo soy mayor... soy mayor.

M- Insiste en ser mayor, y es muy movida, nos viene bien porque así cuando está quieta sabemos que algo le pasa.

La niña nació en abril y la sacamos en julio. Estuvo casi tres meses en la incubadora. Nos la llevamos a casa con 2,5 kilos porque nos dijeron que necesitaba madre.

Sobre los quince meses nos dimos cuenta que no engordaba. Yo no la veía bien y nos llamaron para ingresarla porque la nana estaba fatal. Ese día fue muy duro para nosotros, y él muy mal (se refiere al padre). A mí me cambió el chip de todo, dejé de trabajar.

Es la enfermedad de la niña, y tu vida te la rompe.

T- Y para usted también fue muy duro (le digo al padre).

P- Si, yo no había estado en hospitales, y desde entonces no parábamos.

En este momento la niña pide bracitos y la madre la aparta diciéndole:

M- ¡No!

Vemos que la madre habla de un embarazo inesperado que desemboca en una experiencia de la maternidad muy amarga y señala, en torno al tiempo de gestación, una precaria percepción corporal de la presencia del feto, a la que se suma la dificultad para nutrir, emocionalmente, las representaciones del bebé imaginario.

Señala un comportamiento sobre-activo de no parar, presente desde antes de quedar embarazada, que sugiere una modalidad de defensa ante la percepción de lo sentido y del pensar.

Atrapada en la angustia derivada de las circunstancias traumáticas que rodearon la brusca y prematura interrupción de su gestación, la vivencia de su maternidad permanece apuntalada en una modalidad relacional dual con su marido y con su madre.

La aparición de la diabetes produce en ella una nueva experiencia de angustia traumática y una obligación de atender a la niña que la lleva a una ruptura en su estilo de vida en el que, hasta ése momento, la vida profesional supone una experiencia muy importante para el apuntalamiento de su narcisismo primario.

La cualidad de la intensa ansiedad que la madre describe en la niña, de naturaleza difusa, señala un estado de desasosiego permanente que la desborda por no poder ligar la excitación que experimenta.

En definitiva, es una madre herida en su maternidad, por un parto prematuro y por las circunstancias traumatógenas que se derivaron de él; que sintió una angustia intensa ante la posibilidad de perder al bebé y una gran soledad en el momento de anunciarle que iban a intervenirla para sacárselo, en un momento en el que se encontraba sin compañía familiar y sin tiempo para asimilar la crudeza del anuncio, tiempo de intenso sufrimiento que congela los afectos.

3.4. Sobre la supresión de la expresividad.

Ahora veamos la cuestión de la supresión de la expresividad a partir de algunos elementos presentes en ésta entrevista.

En la primera petición que la madre dirige a la niña, pidiéndole que no haga ruido, sin que la niña haya hecho algo, encontramos una primera muestra, de su tendencia a suprimir las manifestaciones emocionales espontáneas de aquella.

La segunda muestra aparece poco después cuando la recrimina por un chillar que no sucede y la última cuando rechaza su demanda de acogimiento en el regazo, rechazando así la posición pasiva que la niña quiere adoptar solicitando el contacto corporal y el abastecimiento afectivo.

Esta tendencia a erradicar las expresiones emocionales, o las experiencias de placer, que reaparecerá en otros muchos momentos del tratamiento, busca suprimir el espacio de proyección de la niña tanto en el ámbito de la expresividad como en el de la experiencia sensorial cuerpo a cuerpo, espacio que no se desarrolla en la relación con el otro y tampoco consigo misma en el sueño paradójico.

Dicha supresión se ha producido, casi siempre, en un tono muy suave, en voz baja, desde unos modales muy contenidos de madre “preocupada” por evitar que su hija pueda molestar desarrollando gestos ó iniciativas espontáneas no controladas a priori.

Otro fragmento, significativo de esta tendencia, lo encontramos cuando la madre se refiere a su interacción con el bebé que fue Cristina y dice:

“Antes, no era llorar, a lo mejor la he acostumbrado a no llorar desde pequeñita. De pequeña, cuando gemía un poco le ponía la mano encima y se callaba. Ahora le cambia la manera de llorar. Es un lloro agresivo”.

De ésta manera, la madre señala que en los primeros tiempos de la vida de la bebé, ésta emitía expresiones que ella acallaba, produciendo una supresión temprana de los afectos, ligados a vivencias de displacer y de debilidad, en busca de un objeto receptivo y continente.

La pediatra de Cristina observa que la madre y también el padre, procuran que la niña no se enfade por nada. Me comenta que le dan caramelos para hacerla callar o complacerla, aún cuando no es aconsejable.

Esta cuestión, de apariencia banal no lo es tanto si tenemos en cuenta que pertenece a las diferentes formulas que buscan suprimir la expresividad emocional de la niña: “darle un caramelo” para amansarla equivale a la petición de que no “grite” en sesión, para evitar que pueda expresarse con soltura, ó decirle “que no te caigan migas” para evitar que disfrute abiertamente del bocadillo.

El denominador común es que no se tolera la existencia de expresiones individuales que puedan generar una resonancia emocional dentro de la propia madre y a las que ésta deba de reconocer y otorgar un sentido individual en la hija. Es decir que ni se toleran las expresiones corporales espontáneas, ni las expresiones de libidinización de la experiencia de relación y aún menos aquellas asociadas a una actividad intensamente erogenezable como es el comer.

Se trata de borrar la expresividad y sus huellas, para evitar procesos identificatorios de aquellas modalidades expresivas que, en la propia madre, tienden a ser suprimidas por encontrarse ella misma a merced de esos mismos procesos supresores altamente destructivos.

La violencia de la madre permanece camuflada detrás de ciertas formas de relación con aspecto “normativizadoras” o “bondadosas” en un tono tan suave, que a veces resultan difíciles de oír.

De éste modo la violencia del entorno está disfrazada y edulcorada: se procura evitar la manifestación del conflicto con la niña para evitar que emerja la evidencia de una violencia contra la expresividad de su ser.

Ésta situación es dramática para Cristina puesto que produce, desde el comienzo de su vida relacional, una grave amputación de los recursos perceptivos que identifican la experiencia emocional, tanto propia como ajena, y de manera especial de una emoción fundamental para la conservación de la vida: el dolor y sus derivados.

Y el resultado es la dificultad para reconocer aquellos procesos emocionales que se producen en la interacción y que comprometen la unidad psicosomática. Me refiero a los procesos de dolor por desamparo, por resonancia del sufrimiento ajeno, por la recepción de violencia etc.

Y ¿qué sucede cuando no es posible mantener libidinizada la relación con la madre y con el propio cuerpo?: que la relación se mecaniza, se instala una modalidad operatoria que traduce la falta de representaciones afectivizadas de sí y del objeto, y se genera una gran pobreza de la función imaginaria.

Pero ¿qué ocurre si además se impide el reconocimiento de una agresividad legítima como respuesta adecuada ante una experiencia frustrante con el otro?: que ni siquiera puede desarrollar una investidura agresiva de objeto. Ni se lo puede amar ni se lo puede odiar. Se ve privada de dos modos de mantener investido al objeto y de poder mantener un apuntalamiento libidinal sobre las representaciones.

Pero la tendencia a la supresividad también pertenece a un mandato transgeneracional. Pudo observarse en la primera sesión en la que entró la abuela materna.

En aquella ocasión, cuando yo formulaba una pregunta a la madre, era la abuela la que se adelantaba y respondía por ella, no sólo para referirse a fechas de acontecimientos sino también para describir las emociones que su hija había vivido, dejando así evidenciada una usurpación de lugar.

Éste es un fragmento de la conversación, en un momento en el que la madre comenzaba a quejarse del trato recibido en la maternidad del centro en el que dio a luz:

M- Yo me quería ir de allí porque a las madres nos tenían como ceros a la izquierda. Allí no había alegría. Es un hospital muy helado, para mí fue un trauma.

T-¿No se enfadó? (Le pregunto)

M- No, no nos trataban bien pero no te rebotas.

A- ¡Y porque son las normas! (Dice su madre).

Con ésta afirmación, de que lo importante son las normas de la institución, vemos que la abuela también le tapa la boca a la madre, desestimando sus quejas; Se observa la transmisión de un mandato transgeneracional mediante el cual se niega el derecho a la queja manifiesta y al valor del propio dolor frente a la frialdad de un entorno inhóspito y normativo.

Pero volvamos a Cristina. A lo largo del día todos procuran que no se enfade por nada y si llega a enfadarse, el enfado no es reconocido como una expresión de disgusto ó protesta de su persona sino como una expresión de la diabetes.

De este modo el conflicto derivado de la interacción, es eludido sistemáticamente. Su entorno se convierte en una pasta blanda que, como el corcho, no devuelve ningún eco.

La agresividad, ligada al sufrimiento, está negada en todas las figuras y genera estados de violencia silenciosa altamente destructiva. Si la agresividad individual no puede ser identificada tampoco puede ser asumida como elemento circulante en la interacción.

Nadie es agresivo, sólo la diabetes.

Los efectos de esa situación son importantes; no puede haber reconocimiento de sujeto independiente que se queje de otro que molesta. Tampoco existe posibilidad de reparación puesto que no existe el sentimiento de culpa. Nadie quiere hacer daño a nadie y si no existe el conflicto no puede producirse reconciliación. De éste modo, ni la separación ni el acercamiento afectivo son posibles y la experiencia de pérdida está imposibilitada.

Cristina necesita enfadarse y separarse por la noche y los terrores nocturnos que viene padeciendo, desde hace un año, pertenecen al intento de habilitar un espacio para dramatizar el conflicto diurno, suprimido, que la función onírica fracasa en tramitar.

El tiempo de dormir, le permite, mediante una re-dramatización sobre la que no pueden interferir/intervenir los objetos externos para obturar su expresión, recuperar las circunstancias conflictivas y aprovecharlas para poder experimentar y expresar de sí todo lo que el entorno le niega y le impide: poder enfadarse por la pérdida de las satisfacciones anheladas para constituir un espacio de ilusión.

A lo largo de la noche se libera de la mordaza y de su parálisis proyectiva. Por fin puede enfadarse y vivir la extrema inermidad que experimenta bajo el peso de relaciones anestésicas de su afectividad. Puede rechazar a los objetos que la ahogan y congelan quitándole, a través de la renegación, el aire-espacio de su propio sentir-respirar emocional.

Puede vivir a los padres “malos”, los puede re-conocer y re-ubicar en un lugar diferenciado de sí misma sobre el que descargar una violencia direccionable mediante el acceso a una diferenciación de lugar y a una representación de objeto malo y afectos legítimos como la angustia, el ahogo, el pánico, la rabia y el dolor.

Es en el espacio y en el tiempo del dormir donde el psiquismo intenta ligar la destructividad, aunque con escaso éxito, porque las dificultades que permanecen sin solución son importantes: si logra una representación del objeto agresivo, ésta va a colocarle ante la experiencia de falta de una representación de objeto tierno, sin la cual no es posible una escisión y un desplazamiento protector hacia la representación del objeto extraño.

En ésta situación, el objeto real puede coincidir de pleno con la única representación disponible. La experiencia dramática de que es la misma figura la que dice cuidar al sujeto y la que busca su supresión, deja a la niña ante un doble pánico: la evidencia de la destructividad del objeto y la evidencia del enorme desamparo en el que ello la coloca.

3.5. Veamos ahora las manifestaciones de desorganización psíquica, previas a las somatizaciones.

La primera descripción que la madre hace de los cambios de comportamiento que ella observa en Cristina, previos a los momentos de agravamiento somático, se produce en la primera sesión al decir:

M- Es muy movida, nos viene bien porque así cuando está quieta sabemos que algo le pasa.

La segunda se produce al mes de iniciarse la intervención psicosomática, en el tiempo de una hospitalización. En ése momento señala que ciertas manifestaciones se producen desde mucho tiempo atrás y son, para ella, el preaviso de que se va a poner mal.

Diferencia dos estados contrapuestos en la niña: aquel cuyo malestar se manifiesta antes de que se ponga mal físicamente, y en el que la niña se **queda ausente y ni oye ni mira**, y aquel en el que está rebelde, da patadas, se enfada, exige y maltrata.

Aunque matizando podemos hablar de cuatro tiempos:

1º- En el primer tiempo encontramos un comportamiento habitualmente sobreactivo, que cesa bruscamente con la aparición de un estado de inactividad y desinterés que da paso, en un 2º tiempo, a episodios de intensa y prolongada ausencia, en los que se observa una importante pérdida de interés por el entorno.

3º- El tercer tiempo pertenece a la descompensación diabética.

4º- El cuarto tiempo, en el que se pone irritable, agresiva y rebelde, es el tiempo de la recuperación somática.

La secuencia que la madre describe se ajusta a las descripciones que otros padres hacen de las manifestaciones prodrómicas de descompensaciones somáticas en diferentes patologías tempranas.

Cada uno de los elementos a los que se refiere León kreisler, en su definición de la unidad de la enfermedad depresiva del lactante están presentes en los tiempos de ausencia a los que se refiere la madre.

1/ La atonía tímica; 2/ la inercia motriz; 3/ la pobreza de la comunicación interactiva; 4/ la vulnerabilidad psicosomática”.

Para León kreisler *“La depresión del lactante no es de expresión unívoca... Las formas más graves llevan a las designaciones de estupor, atontamiento, “sideración” mental; el niño sentado inmóvil, o acostado con el cuerpo replegado, con la espalda vuelta, la cara paralizada en una rigidez glacial, la mirada vacía, como sordo y ciego al entorno”.*

Las crisis de ausencia de Cristina, precipitadas por un incremento súbito e insoportable de la angustia traumática, desencadenan tiempos depresivos, agudos, de naturaleza esencial, que irrumpen sobre un terreno en el que, de manera crónica, la depresión se encuentra ya presente en su forma sub-aguda.

La existencia de momentos vivenciales ligados a la interacción, especialmente inasimilables, provoca en la niña un incremento notable de la angustia traumática, y la llevan a una utilización radical de los mecanismos de defensa consistentes en la desconexión de la percepción sensorial y afectiva.

Se trata de mecanismos antitraumáticos, instaurados muy precozmente, de desconexión de la percepción de los sentimientos y de la experiencia sensorial, acompañados por una fuerte retracción pulsional que llevan a un intenso y prolongado

tiempo de ausencia que cursa con la pérdida de la capacidad para conservar el interés por el entorno.

Ésta experiencia de pérdida radical de la continuidad en el abastecimiento de sus inversiones, sume al yo en una vivencia de impotencia y de profunda angustia-desamparo.

No sólo experimenta el vacío de representaciones ligadas al mantenimiento de su identidad narrativa, también el de su **identidad emocional primaria** como consecuencia de la abrupta experiencia de pérdida del abastecimiento de su sustancia vital. Es el colapso de la funcionalidad del preconscious y la sideración psíquica.

León Kreisler señala que “la dificultad para reconocer los episodios de depresión, puede depender simultáneamente o por separado de que los síntomas sean tenues, de que estén camuflados por una patología somática que ocupa la escena, o de las circunstancias familiares o sociales que las enmascaran”. Subraya también “la posibilidad de evoluciones a brotes, largos o breves, evidentes o discretos; su gravedad queda atestiguada por las desorganizaciones psicósomáticas que a menudo actúan como reveladoras”.

En éste caso, exacerbada por la enfermedad, la depresión esencial es anterior a la diabetes, preexistiendo tanto en la madre como en la niña.

A diferencia de las manifestaciones iniciales de la depresión anaclítica, descrita por René Spitz, en las que:

“A la ruptura del vínculo materno suceden una exasperación dramática de la angustia del octavo mes, los gritos y los llantos, el rechazo del ambiente, los trastornos del apetito y del sueño”...

En Cristina, las manifestaciones de protesta ligadas a la ruptura del vínculo materno así como las quejas ligadas a las separaciones no se han producido anteriormente y aún permanecen ausentes en los primeros tiempos del tratamiento.

Tampoco existen muestras de queja, ó de reclamo de proximidad física para intentar mitigar los efectos de una experiencia de pérdida de la disponibilidad amorosa de la madre.

Lo que prevalece es un estado de tensión desasosiego, expresión de un fondo permanente de angustia difusa que tiende a tramitarse por la vía de la descarga sensorio motora con un comportamiento hiperactivo, irritabilidad e incapacidad para desarrollar juegos sostenidos por un tejido imaginario y simbólico, infiltrado de libido suficiente, para poder disfrutar jugando a solas.

Cristina pasa directamente del comportamiento vacío, hiperactivo, a la crisis depresiva aguda, derivada de una experiencia de desespero.

Aun siendo la separación un factor importante de la depresión del bebé, no es la única forma de ruptura patógena puesto que, numerosas depresiones sobrevienen en contacto con una madre físicamente presente pero afectivamente ausente.

Atrapadas a veces en episodios traumáticos...El hundimiento depresivo de la madre produce un cambio brutal y verdaderamente transformador de la interacción.

Las descompensaciones de la madre llevan a descompensaciones en Cristina y las descompensaciones de Cristina llevan a la fuerte angustia de la madre que se descompensa también.

El terreno, previo a la aparición de la enfermedad, está constituido no sólo por el

nacimiento prematuro, y la falta de desarrollo de una adecuada relación de apego, sino también por la existencia de un estado emocional materno altamente traumatógeno para el bebé, al que éste va a quedar directamente conectado.

No se trata pues sólo de los efectos de una interacción en la que se producen modalidades desreguladoras sino de la percepción muy precoz, en el bebé que fue Cristina, de un mundo emocional materno atrapado en la angustia, la violencia y la desautorización.

La percepción de ése mundo produce en el bebé una experiencia psíquica dolorosa e inasimilable de la cual, muy tempranamente, va a tener que defenderse con mecanismos que lo llevan a la desconexión de los afectos.

Junto a ello se inicia la búsqueda de una autosuficiencia que la independice y la proteja de la vivencia de necesidad primordial de abastecimiento de la ternura materna.

Pierre Marty señala que “el lactante entra en la depresión después de una fase previa de desamparo como el adulto penetra en la depresión esencial a través de un periodo de angustias difusas: “Automáticas, estas angustias difusas reproducen un estado arcaico de desbordamiento.

De manera sub-clínica, la angustia difusa, más ó menos permanente, es la consecuencia de un estado de alarma ligado a una hipersensibilidad e hipervigilancia ante la posible reproducción de experiencias que han producido un efecto traumático:

- 1º- Recibir, de nuevo, contenidos emocionales traumatógenos procedentes del objeto.
- 2º- Vivirse a merced de una modalidad interactiva inadecuada.
- 3º- Experimentar estados de dolor físico continuado. Etc.

Todas éstas experiencias tendrían en común la posición de inermidad desde la que el sujeto, indefenso e impotente, es incapaz de huir ó acabar con la fuente reproductora de la vivencia dolorosa que no puede asimilar.

En el primer caso, el objeto fóbigeno no es representable porque en el tiempo en que se ha producido la experiencia traumática precoz, éste bebé (golpeado por la resonancia que producen en él los contenidos emocionales maternos traumatógenos) no ha establecido aún una discriminación suficiente entre sujeto/objeto y porque el objeto, portador de la depresión esencial, angustia ó violencia, suprime, en sí mismo, las manifestaciones que establecen una correspondencia entre contenido y comportamiento.

Si la expresión de las emociones está suprimida en el objeto, la consecuencia es que lo que percibe el bebé lo deja confuso y perplejo puesto que la naturaleza emocional sentida subjetivamente como procedente del objeto, no coincide con sus manifestaciones.

Por ejemplo un objeto angustiado ó violento que se manifiesta con un tono de voz débil y ademanes corporales suaves. Ó un objeto muy deprimido que en lugar de llorar abiertamente su tristeza se muestra muy activo y “animado”.

Es decir aquellas experiencias en las que los signos externos no coinciden con los contenidos emocionales percibidos.

¿Es correcta la percepción, el contenido sentido existe en el objeto ó se trata de una distorsión del proceso perceptivo? ¿Hago bien en distanciarme ó mantenerlo a distancia? ¿El rechazo está justificado y es proporcional?

Como ya he adelantado, ante una experiencia intensamente dolorosa y angustiada que sobrepasa la capacidad de metabolización psíquica, los mecanismos antitraumáticos intentan erradicarla. La consecuencia, en el caso de perdurar los efectos secundarios, de pérdida del abastecimiento de representaciones ó de representaciones afectivizadas, es la angustia difusa como fondo.

Sobre éste fondo podrán producirse momentos en los que el incremento notable de la angustia, en su forma automática, desencadene una respuesta defensiva antitraumática que, por su intensidad, suponga una experiencia colapsante y siderativa, como sucede en Cristina en las crisis de ausencia previas a las descompensaciones somáticas.

Para precisar mejor la naturaleza de las condiciones desencadenantes de las crisis agudas de ausencia, seguida de depresión, veamos cómo es descrita la experiencia de estas crisis, que no están asociadas exclusivamente a la patología diabética, por una adulta que padeció epilepsia desde los seis años hasta la adolescencia.

Esto es lo que dijo en la primera sesión:

"Tengo pequeños momentos en los que se me interrumpen los pensamientos... me quedo en blanco, son como las ausencias que tenía, que me duraban a lo mejor minutos. Ahora lo que me pasa es como si me viniera un golpe de sangre a la cabeza y me quedo un momento como ausente.

Es en el momento en el que voy a comenzar a hablar. La sensación es la misma que he tenido en la época en la que tenía los ataques epilépticos. Es como si toda la sangre de mi cuerpo se viniera a la cabeza de golpe, es la misma sensación.

T- *¿De que otra forma describiría el golpe de sangre a la cabeza?*

"Como susto, me sucede eso y siento el susto, no sé si es por lo que me pasa o porque tengo susto.

Cuando me ocurrían estas crisis yo no coordinaba contestando, contestaba otra cosa, el cerebro no coordinaba, como si te cogiera algo. En la conversación yo contestaba lo primero que me venia a la cabeza y por eso me lo notaban y me preguntaban qué había dicho, y por eso yo me daba cuenta. Y cuando eso me ocurría varias veces entonces tenía el ataque epiléptico, con una diferencia de una a cuatro horas....Al despertar de la crisis epiléptica me notaba renovada".

Vemos que diferencia entre las crisis de ausencias y las crisis epilépticas. Señala que las crisis de ausencias preceden a las crisis epilépticas. Señala también que al despertar ha experimentado a menudo estados de malestar que, con frecuencia, han desembocado en crisis epilépticas.

De la misma manera que he podido observarlo en bebés afectados de epilepsia en sus primeros meses de vida, en los que las crisis epilépticas se producían poco después de haber iniciado, intencionadamente y con fines de comunicación directa y expresa, manifestaciones gestuales, mímicas y verbales, también ella señala que las crisis de ausencia se producían junto al intento de verbalizar sus pensamientos y sus sentimientos. El denominador común, en ambos casos, es la aparición de una intensa angustia justo en el momento de iniciar la expresividad.

3.6. Sobre la naturaleza de algunos momentos de intenso “susto” que preceden a las crisis de ausencia.

Ahora expondré unos fragmentos de descripciones que ella realiza, y que sintetizan algunos de los matices vivenciales de su experiencia del susto, previo a las ausencias.

“A los dos tres años empecé a dormir mal y me levantaba con un susto muy grande. Una ansiedad que se me agarraba al estómago”.

“Esto que me pasa me atormenta porque no sé al final lo que puede pasar. Con el ataque de epilepsia sé el final... te pasa y ya está... pero con esto no... No sé si será la sensación de los que van a suicidarse”.

“Hace unos días sentía que el susto era porque se me agolpaban sentimientos de ganas gritar o de llorar y sentía que era una locura”.

“Es un susto y de pronto es como si me deprimiera. Como si el cuerpo se me deprimiera y me sintiera una mierda, pequeñita... pequeñita. Como si se me fuera la emoción y eso que un momento antes podía estar bien. Y si siguiera así de deprimida no sé qué pasaría”.

“Y yo sé qué ha pasado algo, pero no sé qué ha pasado ahí... esa sensaciones me han producido mucho temor porque han sido percepciones muy raras...”

“Ahí me siento una niña pequeña e indefensa. Yo me tengo que defender de lo de mi propia mente pero no tengo capacidad de defenderme, cuando alguien no está bien enseguida me doy cuenta. Enseguida sé que pasa algo, percibo algo, el disgusto. Percibo la sensación y eso me afecta mucho. Porque aunque estés alegre percibes lo que pasa en la otra persona”.

De éste modo plantea que el “susto” que irrumpe en los momentos de sosiego, es una reacción que, en sí misma, genera mucha angustia.

Angustia que se produce en el bebé cuando éste experimenta ciertas reacciones corporales propias, derivadas de la recepción de contenidos emocionales ajenos inasimilables.

Reacciones corporales, inevitables, que producirán en él una experiencia irruptiva y desagradable que romperá con el estado de satisfacción, con la experiencia de continuidad de sí mismo, con la expectativa alegre y sosegada y con una anticipación confiada, basada en la experiencia de una relación objetal satisfactoria.

Ante estas reacciones que generan angustia, el Yo buscará, muy tempranamente, la protección de su sensibilidad mediante la desconexión de su percepción de las sensaciones y emociones, propias y ajenas, que lo impactan.

Ésta defensa, que produce una interrupción drástica en la continuidad de su investimento de la percepción, lo desconecta de las fuentes pulsionales abastecedoras de lo emocional y de lo sensorial, produciendo una caída del tono vital que experimenta como vaciamiento de su substancia.

Ésta experiencia de privación de su esencia, produce un incremento de la angustia ante la vivencia de pérdida de su vitalidad y del ánimo de sí-mismo, una caída en la

desesperanza y en la depresión esencial.

En ausencia de una “protección” que filtre los contenidos emocionales provenientes del exterior, el contagio emocional se produce sin poder evitar el efecto de resonancia inmediata que produce la angustia ajena.

Pero también la percepción del propio desvalimiento ante la recepción de la angustia ajena, es motivo de angustia.

La penetración, inevitable, de los contenidos emocionales y cognitivos del objeto produce una vivencia de apoderamiento y de incrustación parasitaria en la propia mente. Sentimientos y pensamientos ajenos que podrán permanecer largo tiempo contaminando las propias concepciones, emociones y deseos sin que se logre su desalojo.

Ésta confusión entre propio/ajeno, que lleva a dudar sobre la adecuación del propio sentido de percepción de la realidad, se produce al no poder discernir que la procedencia de dichos contenidos, que no son coherentes con la experiencia identitaria, tienen un origen distinto al sí-mismo y no son el producto de una actividad delirante del Yo.

Los efectos de la desconexión radical de la percepción angustiante son: dejar de percibir las emociones internas y también las externas, algo que deja al sujeto sin saber ni lo que siente, ni lo que sienten los demás.

La tendencia vital del bebé es la de constituir y conservar una experiencia de sí mismo abastecida por el acceso a la realización alucinatoria y real del deseo de ser objeto de satisfacción-placer. Ésta tendencia asegura el abastecimiento pulsional y reafirma el deseo de mantener investidas las huellas mnémicas y las representaciones de objeto que pueden ir construyéndose en la interacción.

Si la experiencia interactiva resulta traumatógena, el bebé puede renunciar a la reconstrucción de esa experiencia puesto que es desde ella desde dónde se vive golpeado por el disgusto. Si no existe el anhelo por el gusto no se experimentará su pérdida. La renuncia a mantener la tendencia reconstructiva de la satisfacción alucinatoria del deseo, para evitar el dolor de su pérdida, así como la falta de experiencias básicas apropiadas para su edificación, serían dos cuestiones especialmente implicadas en la constitución deficitaria del sistema que abastece y sostiene al narcisismo primario.

Así pues, no es sólo a la experiencia de pérdida del investimento libidinal del objeto a lo que puede vivirse dolorosamente expuesto el sujeto, también a la pérdida de su propia capacidad para asegurar la conservación de un sistema de realización alucinatoria del deseo que resulte eficaz para seguir albergando y resguardando su deseo de comunión vital con el objeto.

Pero veamos otro fragmento de ésta paciente adulta:

“A lo mejor hago un comentario y después pienso que para qué lo habré dicho si le ha sentado mal a alguien. Entonces sucede eso, y es como si te sintieras pequeña y no valieras nada”.

De éste modo señala que al expresarse se produce en ella una intensa reacción de auto-rechazo desestimador, muy severo, que la desautoriza y descalifica. Este proceso está directamente ligado al pensamiento de que su expresividad ha desencadenado una reacción violenta de malestar en el objeto, que no tolera y desprecia sus manifestaciones

libres y singulares.

La condena violenta, sentida y/o escuchada, procedente del objeto, produce una experiencia de susto-pánico ante las consecuencias que la expresividad del sujeto puede desencadenar en el objeto: violencia moral ó física, retirada masiva del afecto, desinterés y abandono, descarga violenta de una acusación que le impute una capacidad de dañar la satisfacción del objeto, críticas despreciativas contra el pensar y el sentir del sujeto etc.

Ésta reacción del objeto provoca en el sujeto agresividad contra si-mismo, al quedar atrapado en una identificación masiva con la violencia argumental del agresor, que lo llevará a ensañarse consigo mismo desde una crítica cruel, en aquellos momentos en los que pueda vivirse débil y desvalido.

Los efectos repudiantes generados contra las expresiones del ser que desea acceder al derecho de pertenencia y al reconocimiento de pertinencia en el contexto de la filiación, producen un intenso movimiento de retracción para intentar escapar de la experiencia de *Ser visible*.

Se produce entonces un intenso y masivo deseo de desaparecer mediante la renuncia y el borramiento de las huellas que recuerden las conquistas logradas desde el desarrollo subjetivante

En el intento de escapar, haciéndose desaparecer, se produce una retirada súbita y masiva del investimento libidinal de las representaciones actuales.

La pérdida del investimento de las representaciones corporales actuales, y el efecto despulsionalizante que se deriva de ello, lo exponen a una experiencia de depresión corporal. El cuerpo desprovisto de su abastecimiento pulsional se desvitaliza y ya no permite asirse a él.

Ésta reacción en cadena, de experiencias de pérdida, lleva al sujeto a vivirse sin sujeciones: pérdida del pensamiento, pérdida de la emoción, pérdida de la energía corporal, pérdida de la esperanza de disfrutar de un objeto tierno, pérdida de su amor-propio...

Perdidas que llevan a una vivencia de soledad en el empequeñecimiento y la insignificancia.

“Cuerpo trágame”, podría ser una expresión significativa del intento de ausentarse y desaparecer de un escenario tan doloroso.

REFERENCIAS

- Actualités Psychosomatiques (2002). N°5, *Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation*, Georg Editeur, Genève.
- Actualités Psychosomatiques (1999). N° 2, *Mouvements D'organisation et de désorganisation pendant l'enfance*, Georg Editeur, Genève.
- Ansermet F., & Magistrati P., (2006). *A cada cual su cerebro, plasticidad neuronal e inconsciente*. Editorial Katz
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Fain, M. (1999). *La censure de l'amante*. Delachaux et Niestlé.
- Golse, B. Seguret S. & MOKHTARI M., (2001) *Bébés en réanimation*, Editions Odile Jacob.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé. Le fil rouge*. Edit. PUF.
- Kreisler, L. (1992) *Le nouvel Enfant du désordre psychosomatique*, Dunod, Paris, 1992.
- Kreisler, L., Fain M., & Soulé M., (1999). *L'enfant et son corps*, PUF.
- Kreisler, L., & Szweg, G. (1998). Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance. Généralités cliniques-Propositions théoriques, *Encyclopédie Médique Chirurgicale. Psychiatrie*, 37.404.A.1998.12p. Ed. Elsevier.
- Lebovici, S., Diatkine, S. & Soulé, M., (1997). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*, Puf, Paris, 1985. 3^e ed. 1997.
- Lebovici, S. & Weil-Halpern F., (1989). *Psychopathologie du Bébé*, PUF.
- Marty, P. (1995). *El desorden Psicósomático*, Promolibro, Valencia, 1995.
- Marty, P. (1992). *La Psicósomática del Adulto*. Ed. Amorrortum Editores.
- Mellier, D. (2005). *Vie émotionnelle Et souffrance du bébé*. Edit. Dunod.
- Palau, P. (2000). *Bebé en Riesgo*, Revista Iberoamericana de Psicósomática, n° 1, SEPIA, 2000.
- Palau, P. (2002). *Silencio, se escucha...no tocar*. Revista Iberoamericana de Psicósomática, n° 3, Sepia.
- Palau, P. Benac, M., Haro, J., Robres, D. & Biosca, E. (2003). Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 2003. Vol. 37. XXIX Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.
- Palau, P. (2004). Somatizaciones en niños de riesgo producidas desde el vínculo. *Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica*, n° 56. Ed. IPEPPM.
- Palau, P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica*, n° 61. Ed. IPEPPM.
- Palau, P. (2006). *Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno*. *Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica*, n° 62. Ed. IPEPPM
- Press, J. (1999). *La perle et le grain de sable*, delachaux et niestlé, Paris 1999.
- Revue Française de Psychosomatique (1996) – n°2, 1996, *A propos de l'enfant et son corps*, PUF, Paris.
- Rosenberg, B. (1995) *Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida*. Ed. Promolibro.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire*, Études Psychanalytiques. Ed. PUF
- Szweg, G. (1998). *Les galériens volontaires*. Ed. PUF
- Szweg, G. (2001). La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle, *Revue Française de Psychosomatique*, n° 20, PUF, 2001.
- Szweg, G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Ed. PUF

CAPITULO 4. PARÁLISIS CEREBRAL Y SUFRIMIENTO PSÍQUICOⁱⁱⁱ

Artículo: Palau P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Psicosomática y Psicoterapia Médica*, nº61. Madrid: Ed. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM).

4.1. Resumen:

Este artículo describe el tratamiento psicosomático, desarrollado en un contexto hospitalario y pluridisciplinario, de una bebé con encefalopatía perinatal grave y anorexia traumática severa, afectada por un deterioro de su salud somática y psíquica, debido a un estado de intenso sufrimiento emocional que tiene su origen en la experiencia interactiva patógena.

Palabras clave: traumatismo perinatal; parálisis cerebral; supresión del llanto; Sufrimiento psíquico; anorexia infantil, sufrimiento parental.

4.2. Introducción.

Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico, es el título que he elegido para transmitirles algunos conocimientos derivados de la experiencia clínica en el tratamiento psicosomático de bebés afectados por una patología neurológica severa, en los que se produce un deterioro de su salud física y psíquica debido a un estado de intenso sufrimiento emocional que tiene su origen en su experiencia interactiva.

Para ilustrar éstas situaciones describiré algunos momentos del tratamiento hospitalario de la patología psicosomática de Carla, una bebé que comencé a ver a la edad de 9 meses. Padecía parálisis cerebral severa y presentaba unos trastornos alimentarios y somáticos que suponían una situación de riesgo.

Particularmente complejo, el tratamiento psicosomático de éste caso se desarrolló en el contexto de una intervención hospitalaria y pluridisciplinaria en la Unidad de Pediatría del Hospital de Sagunto de Valencia, de la que quiero destacar la gran entrega de su personal y de manera especial la de la Dra. Mercedes Benac, neuropediatra de la Unidad y del Dr. José Haro especialista en gastroenterología y nutrición.

4.3. Antecedentes.

Después de nueve meses de gestación se produce un parto traumático. Al constatar el sufrimiento fetal agudo con ausencia de latido cardiaco se practica una cesárea de urgencia. En su nacimiento presenta un APGAR: 1/4/6 y después de su tratamiento y estabilización se la traslada a un hospital de referencia con un diagnóstico de asfixia neonatal grave, hipoglucemia, neumotórax y síndrome de aspiración meconial.

Al mes de vida sale del hospital con el diagnóstico de encefalopatía hipóxica isquémica grave. Se alimenta por succión pero rechaza el contacto físico y presenta hipertensión e irritabilidad.

Al sexto mes de vida sufre de una gastroenteritis y es reingresada en el hospital anterior donde se la alimenta con sonda nasogástrica e inmovilización física a lo largo de 10 días.

Desde entonces rechaza el alimento.

Muy angustiados, los padres nos consultan por su marcada anorexia con vómitos.

4.4. En la primera entrevista.

La madre habla del parto diciendo: “ellos me decían que el momento del parto no había llegado. Finalmente, como yo no me quería ir me miraron con el monitor y ya no había latido cardiaco... y después todo el mundo corriendo. Ahí lo pasé muy mal muy mal, todo gritos, todo el mundo chillando, llamando al anestésista. Me estaban cortando y yo todavía lo estaba sintiendo. *Yo tenía muchísima ilusión pero de repente todo eso y..., muy mal.*

De su encuentro con la niña comenta: “en los tres primeros meses era un bichito, era de llorar sin parar por toda la irritación y todo el sufrimiento que había tenido, la cogía y se echaba hacia atrás y había que quitarle eso. Rechazaba el contacto, no me dejaba abrazarla, ahora le cuesta pero se deja. Pero lo más inquietante es la comida, no encuentra ningún placer, tengo que forzarla para comer.

El padre añade “si no llora, la niña no se traga ni una gota de agua”.

En brazos de su madre, la niña se mantiene la mayor parte del tiempo con la cabeza agachada, colgando, sin mostrar ningún interés por lo que sucede. Su mirada perdida, helada y distante, que apenas parpadea y que casi no puedo ver, presenta una inquietante indiferencia. No emite sonidos, no llora, no se queja y los pocos parpadeos que he podido observar se producen a cámara lenta.

La descripción que hace la madre de la multitud de actividades que dispensa a la niña a lo largo del día desde que nació, resulta sorprendente por lo inmersa y absorta que se vive en ellas, atrapada en la repetición, sin tiempos ni intereses relacionados con el resto del mundo.

La impresión que me produce es que existe una sobreinversión de las actividades dirigidas a estimularla, y una carencia de adaptación a un ritmo de maternaje sincronizado y respetuoso del tiempo de separación de las dos partes de la díada.

La clara atonía afectiva y motora muestra una evidente situación de gravedad depresiva, aunque la intensidad del repliegue manifestado por la enorme indiferencia, en una niña que ha rechazado tan radicalmente el contacto físico, me lleva a la pregunta de si puede estar inmersa en un momento de repliegue funcional de tipo autístico ó si se trata de una situación de mayor daño psicopatológico asociado a alguna patología neuropsíquica que aún desconozco.

En dos ó tres ocasiones la madre ha intentado darle agua con el biberón pero la niña la ha sacado fuera de la boca. Rechaza el líquido sin expresar ninguna emoción de disgusto, es la lengua quien actúa barriendo el agua hacia el exterior, sin más.

La madre lo señala diciéndome “ni siquiera quiere el agua”.

Parece tratarse de una grave fobia alimentaria con un rechazo sistemático de cualquier alimento, acompañada de vómitos psicógenos incoercibles, que ha evolucionado hacia una modalidad de anorexia de inercia.

Pienso que su rechazo está ligado a algo que esta bebé percibe en el objeto materno. Algo que dificulta la constitución del yo y del objeto, lleva a una escisión fallida e impide que la agresividad, depositada en la alimentación, pueda ser desplazada desde la madre hacia el extraño.

En esta primera aproximación me parece que el nacimiento traumático es seguido de una hiper-reactividad motora y una hipersensibilidad ligada a una cenestesia cutánea con una experiencia de contacto dolorosa, que se transforma tempranamente en un evitamiento pre-fóbico del contacto para, en un tercer tiempo, organizarse alrededor de la alimentación.

Ante el rechazo de todo contacto físico y el temor de no ser reconocida y adoptada, la madre la fuerza a aceptar el abrazo aumentando su dolor y su agresividad.

No se respeta el ritmo de adaptación y de vinculación de la niña con los objetos y la observo pegada a unos padres que se encuentran adheridos a ella, sin capacidad para intervenir desde una posición diferenciada y diferenciadora.

Después de ésta primera entrevista, que acabo de resumir muy brevemente, habrán otras seis que no permitirán resolver la situación. Los padres faltan frecuentemente sin preaviso ó no vuelven hasta varias semanas ó meses después. La propuesta de una psicoterapia ambulatoria con una frecuencia de una ó dos veces por semana fracasa.

4.5. Han pasado nueve meses después de nuestro primer encuentro.

Vuelven a solicitar verme diciendo que la situación es insostenible. La niña ya tiene 18 meses y no ha dejado prácticamente de estar enferma de trastornos respiratorios, cuadros febriles y otras patologías que los han llevado a visitar a otros médicos y otros centros especializados de otras provincias sin ninguna mejoría.

En éste reencuentro descubro que para que la niña coma se la hace llorar, cada vez, riñéndola. Se le tapan los ojos para que no vea llegar la comida y se aprovecha el momento en el que abre la boca llorando, para introducirle la cuchara. La situación es dramática, la niña se retuerce en el regazo en el que se la inmoviliza mientras se la obliga a tragar.

El aspecto de la niña es desolador, no muestra signos de interés por nada, su mirada parece congelada y perdida, percibo su estado impasible sin energía, con una atonía motora y expresiva, signo de profunda depresión. Padece un cuadro bronquítico y febril persistente desde hace varias semanas.

El estado de la niña y la inminencia de la separación de pareja, convierten a la situación actual en situación de alto riesgo.

Recomiendo el ingreso inmediato de la niña, informando a los padres que se trata de un ingreso prolongado que tiene que permitir analizar el estado psíquico de su hija, así como el modo de sacarla de la situación depresiva y traumática en la que se encuentra inmersa.

4.6. Se produce el ingreso.

Como en otros casos similares, me reúno con los pediatras y enfermería para organizar el modelo de atención que les vamos a dispensar, coordinando todo el personal que va a estar en contacto con la familia a lo largo del tiempo de hospitalización que será, según preveo, entre uno y dos meses.

El conocimiento adquirido hasta ese momento sobre el desarrollo de la niña es el punto de partida de varias premisas iniciales, que sirven para instaurar un primer abordaje, con el fin de alcanzar varios objetivos:

- *Rescatar* a la niña de los malos tratos en el tiempo de alimentación y a la madre de la situación traumática en la que se encuentra.
- *Investigar* el estado psíquico de la niña.
- *Tratar* con psicoterapia a la triada.
- *Restaurar* el estado de cierta satisfacción, que parece haber existido entre los 3 y los 6 meses.
- *Devolver* la alimentación de la niña a su madre cuando el trauma alimentario haya cedido para que, tanto la madre como el padre, puedan ocuparse de nuevo de ella en condiciones óptimas.

Se harán cargo de su alimentación tres auxiliares de enfermería, con las que mantendré un contacto permanente 3 veces por semana, con ocasión de las sesiones psicoterapéuticas, ó a diario a través de los pediatras especializados en nutrición y neurología, con los que coordino mi intervención.

Indico a los padres que, a lo largo de un periodo que aún no puedo concretarles, deben quedar fuera de la alimentación: estarán todo el tiempo con la niña, excepto en el de las comidas. Les explico los motivos y el método que vamos a comenzar a utilizar de manera clara y detallada. Explico a la madre que necesitamos que ella pueda recuperar un lugar, en su relación con la niña, sin la angustia y la violencia que hasta ahora están viviendo las dos. La niña necesita una mamá buena y la madre necesita sentirse buena para la niña.

4.7. Se hace una puesta en común con enfermería para definir los objetivos y las estrategias.

En las reuniones que mantengo con enfermería, hablamos de la situación traumática de la triada y en especial de la niña y de la madre. La importancia de arropar a la madre para aliviar su estado traumático, evitando a toda cosa que puede vivirse reprochada ó culpabilizada. Dejamos bien claro el objetivo de ayudarla a recuperar una posición de madre buena. Consideramos la situación de ambivalencia que viven los padres, y de manera especial la madre, hacia nosotros, y la posible agresividad que pueden manifestarnos.

Dejamos bien sentada la noción de traumatismo y el sufrimiento ligado al mismo y las conductas de repetición de lo traumático que podemos encontrar ante situaciones en las que el sufrimiento no obtiene alivio. Hablamos de las dificultadas contra-transferenciales con las que nos podemos encontrar, teniendo en cuenta nuestras experiencias en casos similares. Hablamos de las críticas ó adulaciones que se pueden formular, como ha sucedido en otros casos, hacia una parte del personal intentando obtener una alianza en contra de otra parte con unos efectos de división. El equipo debe de mantener su cohesión y discutir de su malestar en las reuniones que se vayan habilitando para las puestas en común.

Las indicaciones para las auxiliares y enfermeras que la alimentarán son:

- Llevarse a la niña 15 minutos antes de la comida, separándola así de la madre y facilitando su familiarización con la persona que la va a alimentar.
- En ningún caso se la forzará y se dejará de insistir cuando exista oposición persistente.

- Después del tiempo de alimentación, tras el cual ni se la premiará ni se la regañará, sea cual sea el resultado, la niña permanecerá 15 minutos más con el fin de que ambas puedan recuperar un contacto relajado en el que la niña perciba que no se ha producido derrumbe emocional ni alteración agresiva en la persona que estuvo alimentándola. Se procuraran evitar las expresiones de satisfacción ó disgusto en el tiempo de la alimentación.
- Después se la entregará a la madre, y no se hablará de cantidades.

4.7.1 En las primeras comidas.

Al mostrarle el plato de papilla, la niña reacciona de inmediato con una rigidez física y un llanto muy intenso. Intenta huir mediante un movimiento muy crispado de todo su cuerpo intentando alejar la cabeza de la comida. El miedo y el enfado dominan la escena.

Explico a las auxiliares, con las que asisto a las primeras comidas, la importancia de discriminar los sentimientos de la niña. Les señalo cómo detrás del enfado tan intenso está la tristeza a la que debemos de ir procurándole un espacio de escucha y expresión.

Al cabo de 10 días de ingreso, viendo que la situación permanece estacionaria y que la alimentación sigue siendo muy difícil, decido asistir a la cena de la niña para observar lo que sucede.

A la vista de la comida comienza a mostrar rechazo; el pánico sigue presente.

Las auxiliares le hablan animándola a comer, una de ellas le muestra las láminas de un libro al que la niña sólo presta un interés momentáneo. En el debate, se retuerce huyendo de la cuchara y se escurre en la sillita. La auxiliar le recoloca el cuerpo repetidamente, produciendo un incremento de la irritabilidad en la niña.

Cualquier estímulo me parece sobrar y ser un obstáculo para poder contactar con ella.

Pido a la auxiliar que no siga con el libro y que deje sola a la que está dándole de comer. A ésta le pido que deje de hablar a la niña y que no la toque ni siquiera para acariciarla. Le pido que no la persiga con la cuchara y que espere a que la niña, que retuerce con fuerza la cabeza hacia un lado estirando y arqueando su cuerpo, mientras llora, vuelva hacia la posición en la que se encuentra la comida.

Le señalo algunos momentos de ahogo y la importancia de evitarlos para que en la niña no se instale el miedo a la asfixia.

Lentamente la niña se ha ido tranquilizando, mientras yo contengo la angustia que me produce la escena. La enfermera está más sincronizada con el significado de los diferentes movimientos. Se ha instalado un silencio sólo roto por sus gemidos y por una observación que la enfermera me comunica en voz baja hacia el final “;pero si aún succiona!”.

También observo que el sueño aparece con una tentación de cerrar los párpados que la niña rechaza rápidamente.

Ésta vivencia de reaparición del sueño y del chupeteo puede conducirla, regresivamente, al placer del bebé que se duerme satisfecho, como parece que sucedió entre los 3 y los 6 meses.

Al cabo de unos 25´ de tomar poco a poco, comienza a mostrar reacciones de enfado por efecto del cansancio ligado a un intenso estado tensional.

Al terminar, la enfermera me dice que es la primera vez, desde que está ingresada, que ha comido tan relajada y en tanta cantidad. A ella le parece un milagro y a mí me parece que valía la pena estar presente. Presencia que la niña no ha perdido de vista.

El silencio reinante en ésta cena, nos ha permitido atender sus diferentes manifestaciones gestuales y sonoras de miedo, ahogo, pánico, rechazo, tensión, enfado o cansancio.

La ausencia de sobre-estimulación y sobre-actuación ha facilitado el apaciguamiento de su crispación, “y que ella escuchara sus diferentes modos de expresión”.

Necesitamos nutrirla en silencio para descifrar los registros emocionales que experimenta: escucharla, desde una empatía comprensiva que promueva en nosotros y en ella un pensamiento simbólico, facilitarle una percepción espejadora de sí-misma mediante el silencio respetuoso de sus sensaciones, sentimientos y expresiones motoras.

Necesitamos percibir sus sentimientos aplastados por el pánico y la violencia, su búsqueda muy ambivalente del alimento, sus momentos de ahogo por las dificultades en coordinar deglución y respiración, el apaciguamiento de la angustia crispante, el renacimiento tímido del chupeteo, el resurgimiento del placer de dormirse asociado al incipiente placer con la comida.

Todo ello gracias al silencio que le permite, en ausencia de lucha con el exterior, tener y escuchar su propia voz.

Es necesario que el acto de comer sea plenamente investido por ella y por nosotros para que pueda llegar a percibir claramente las sensaciones procedentes del hambre y de su satisfacción.

Sin el silencio no podemos establecer una buena sincronización con los diferentes registros emocionales que experimenta y exterioriza. Sin nuestra serenidad no podemos reconocer la tristeza, gran ausente hasta ahora de su expresividad.

Estas reflexiones me llevan a constatar que las normas que venimos usando, habituales en la alimentación de cualquier niño pequeño como es alimentarlo en el regazo, hablarle, distraerlo ó tocarlo para satisfacer su demanda de contacto físico, deben de ser reajustadas.

Pido a enfermería que se atiendan las siguientes indicaciones:

- No se le hablará ni se la distraerá durante la comida.
- No se la tocará, ni siquiera una mano ó un dedo para intentar calmarla ó calmarnos.
- Si se pone a lloriquear girando la cabeza, se esperará a que vuelva a la posición de comer y no se la perseguirá con la cuchara.
- Se respetaran los momentos de descanso que necesite, pequeñas pausas, sin temor a que pierda el ritmo.
- Se estará vigilante a los momentos de ahogo que tiene por no coordinar bien aún tragar y respirar
- Se reintroducirá el biberón ya que los movimientos de succión están presentes, dejando solo una toma con cuchara.
- Se le permitirá entrar en el sueño placentero cuando éste vuelva a manifestarse.

En ésta atmósfera de silencio, de ausencia de contacto físico y de máxima disponibilidad de atención de los dos actores, el acto de comer es reinvestido junto a las sensaciones de hambre y de satisfacción en la degustación de los diferentes sabores.

Unos días más tarde, al indicar que se la alimente únicamente con comida dulce y biberón, se produce la eliminación definitiva del rechazo.

El hambre, que ya había hecho su aparición por las noches, *junto a una considerable mejoría en el dormir*, acaba instalándose también durante el día, convirtiéndose así en la única e intensa motivación para comer. Esta situación, que acabará consolidándose en pocos días, permanecerá estable después del alta hospitalaria.

Estos resultados van obteniéndose mientras mantengo el trabajo psicoterapéutico con la triada, tres o cuatro veces por semana, y prosigue el arropamiento y puesta de límites que el equipo pediátrico, en contacto con ellos, va suministrando.

La psicoterapia ofrece a los padres la posibilidad de tratar sus propias angustias pero sobre todo de descubrir el mundo emocional de su hija, hacia el cual aumenta su empatía.

Veintitrés días después de iniciar la intervención hospitalaria y de haber tenido numerosas sesiones, logro finalmente “reconstruir” lo que sucedió cuando, a raíz de una diarrea, la niña que entonces tenía 6 meses, fue hospitalizada en otro centro.

4.8. ¿Qué consecuencias traumáticas tuvo aquel ingreso?

Averiguo que la irritabilidad y el rechazo al contacto con la madre, que había presidido en los tres primeros meses, se reactivó de manera inmediata a los seis, después de habersele instalado una sonda gástrica y, de manera especialmente llamativa, en los momentos de hacerle llegar el alimento al estómago, ya que la percepción de esa llegada del alimento reintensificaba, de inmediato, el desasosiego y el llanto desconsolado sin que se la pudiera calmar.

Pienso que la reactivación de la memoria de esa época parece haber desbordado la función antitraumática de la represión primaria ante el reencuentro de lo percibido.

No sólo una memoria sensorial, sino “vivencial”, continente de diversas investiduras de percepciones corporales altamente significantes del comienzo traumático de una vida extrauterina, entre las que se encuentra la percepción de la sonda pasando por el esófago y de manera especial la de la llegada del líquido nutritivo en contacto con la mucosa gástrica, en un tiempo de sedación.

En torno a la percepción de la sonda y del líquido nutritivo, en un tiempo de repliegue anti-traumático que busca defenderse de la experiencia del “propio cuerpo extraño” inmerso en el dolor de la sobreexcitación, se produce, por sustitución, una primera investidura de “objeto extraño” ajeno al Yo, mientras la expresividad está sedada.

A los seis meses, no sólo se produce la reactivación mnémica de la asociación de “objeto extraño” y “cuerpo propio extraño”, se trata de un segundo tiempo, psiquizante, de organización fóbica facilitada por el establecimiento de la noción dentro/fuera, que resignifica una vivencia angustiada de intrusión traumática del objeto externo, sonda/madre.

La reacción de la niña, ante la experiencia de reencuentro con la sonda, fue de rechazo total. Tanto intentó quitarse la sonda con intensos y enérgicos movimientos de todo el cuerpo, que decidieron mantenerla atada a la cama 5 días a lo largo de la noche y en la mayor parte del día.

La madre lo describe así: *“era horrible, yo estaba desesperada, la niña no paraba de llorar, no querían quitarle la sonda y querían hacerle mas pruebas y yo dije que no. El llanto era*

desgarrador, como de daño, yo me tenía que tapar los oídos. Dejó de sonreír, nadie la podía tocar y si entraba gente extraña se ponía a llorar y ya no quiso el chupete.”

La explicación del responsable de su atención médica fue que *su reacción era lógica debido a su tara neurológica*. Ésta misma explicación ha servido hasta ahora para explicar casi todo lo que no se ha podido entender de sus reacciones emocionales y de sus procesos de somatización.

Las opciones que les ofrecieron ante tanto rechazo a la alimentación fueron las de instalarle una válvula para alimentarla automáticamente ó de enseñar a la madre la técnica de introducción de la sonda naso-gástrica para suministrarle diariamente el alimento.

Al cabo de diez días de una situación hospitalaria altamente traumatógena, los padres decidieron irse con alta voluntaria y seguir alimentándola con jeringa.

Sobre la situación de la niña al salir del hospital, la madre comenta: *“Al salir del hospital no dormía más que pequeños periodos de quince minutos y después todo era llorar y llorar, de nada que se la tocaba lloraba. Intentaba cantarle y cogerla pero se echaba hacia atrás. Cuanto más le cantaba ó le hablaba más rechazo tenía”*.

Pero, sigamos con la época actual.

4.9. Disminuye la angustia traumática y aumenta la empatía en los padres.

Mes y medio después de estar en el hospital, la niña come mucho mejor: en cinco minutos se acaba el biberón dulce y aún pide más mientras se relame. Los padres, que aún no la han visto comer, se muestran muy satisfechos.

El padre se ha vuelto atento a mis explicaciones sobre la conveniencia de ayudar a Carla a crecer psíquicamente y a reconocerla como una persona y no sólo como fuente de angustia de muerte. La madre, muy sonriente, me dice que ella ha cambiado mucho y que ya no se siente igual con ella misma y con la niña y que *se extraña de que la niña no muestre nunca tristeza*.

Con palabras apropiadas, les explico que en el mundo psíquico en el que aún vive la niña, la tristeza está aún excluida como defensa ante lo traumático. Les hablo del uso de un pensamiento de control omnipotente y de que aún falta una investidura de objeto suficientemente diferenciado, respetado y afectivizado cuya pérdida la niña pueda experimentar en el registro de la tristeza.

Personalmente, he observado ya pequeños momentos de aparición de la tristeza entremezclada con el miedo a la comida y a la separación en forma de pequeños “pucheros”.

La madre me habla del pánico que la niña vivía ante la llegada de la comida y del suyo propio que, mes y medio después de la hospitalización aún sigue experimentando cuando piensa en el momento en el que ella deba darle de comer. La tranquilizo hablándole de la progresiva inclusión de su presencia en las comidas y de mi confianza en que su reencuentro será placentero para ambas.

Me dice que la niña no toleraba que estuvieran con gente y que cuando algo no le gustaba los ignoraba. También comenta que no quería compartir nada y que eso había que romperlo. *“Ahora ya puedo dejarla llorar”*.

4.10. De la importancia de permitirle llorar, mientras estamos a su lado.

Poco a poco vamos explorando la importancia de dejarla llorar y poner palabras a los estados emocionales de Carla para que ésta pueda identificarlos, ya que vivirlos no supone tener una conciencia discriminante de ellos.

Este “análisis, constante, del llanto”, se ha revelado de una importancia capital.

De manera progresiva, se va evidenciando, para los padres y para mí, la posibilidad de poner nombre a las emociones de la niña y avanzar en el proceso de individuación y de frustración que permite ir reduciendo su tendencia a excluir agresivamente a todo tercero.

La progresiva consolidación de objetos externos, diferenciados y firmes, que eviten la tiranía que ella despliega, le facilita la introyección de modelos con los que puede identificarse y desde ahí fortalecer al Yo para salir del naufragio.

Este proceso, no solo va ir permitiendo una afectivización del objeto y del propio Yo en el movimiento de reinvestimento, sino también del cuerpo. Proceso que se desarrolla a través de la afectivización del objeto introyectado, de la investidura de los diferentes estados emocionales y de la recuperación del placer en el chupeteo. La zona oral, reinvestida como zona de placer erógeno, va a facilitar la extensión del placer hacia otras zonas.

Les explico que la percepción de su físico, únicamente derivada de la estimulación sensorial basada en el modelo neurofisiológico, no es suficiente ya que, en éste caso, sólo permitiría desarrollar un esquema corporal mecánico sin poder acceder a un reinvestimento pulsional del mismo.

Tenemos que conseguir una percepción corporal gustosamente afectivizada.

En nuestros próximos encuentros, cuando ya ha desaparecido la violencia y el pánico en torno a la comida, la madre me habla de la mayor sociabilidad de la niña en la que percibo otro rasgo de mejoría: una *mezcla de reconocimiento y de vergüenza* al verme llegar, que se traduce en el juego de sonreír y girar la cabeza hacia el lado contrario del que yo me encuentro mientras me mira de reojo. Fantasía de seducción, escenificada escondiendo su mirada de la mía, para evitar el encuentro y al mismo tiempo incentivar me para ir en su búsqueda. *Un juego de escondite, que no tiene por finalidad rechazar al objeto y hacerlo desaparecer, sino defenderse del atractivo que éste despierta y trasladárselo involucrándolo en el juego.*

Pero aún nos queda mucho trabajo por delante y la sesión que relato a continuación es una muestra.

4.10.1. Sobre la atribución de dolor y el llanto evacuativo.

Mientras la madre y yo comenzamos a hablar, la niña comienza a removerse en la sillita y coloca, retorciéndose, sus manos detrás de las barras de sujeción del respaldo.

Rápidamente, la madre interviene diciéndole ¡“te vas a hacer daño”!

Le pregunto a qué daño se refiere y, aunque me contesta que *ella* ve que se hace daño, me mira fijamente preguntándome si no es así.

Le contesto que no me parece que sean ni una posición, ni unos movimientos, ni unos sonidos que pertenezcan a una expresión de dolor. Entonces detiene su movimiento de ir a

cambiar de posición a una niña que se mueve, como lo ha hecho muchas veces hasta ahora para ser objeto de atención y de “auxilio” inmediato.

Entonces hablamos *del dolor* que ella le atribuye sistemáticamente, y reconoce que debe de ser ella la que lo vive dentro de sí-misma aunque siempre tiene la impresión de que es la niña la que lo siente.

Es tan intensa y angustiante la atribución de dolor que la madre vive con la niña que cuando ésta se retuerce llorando, la madre no puede, de ninguna manera mirarla, y tiene que permanecer de espaldas mirando en otra dirección con los ojos cerrados.

La niña, que no se vive “auxiliada”, renueva con mayor intensidad los movimientos de retorcimiento del cuerpo. Lloro con una mezcla de sentimientos que irán desde el llorar enfadado, del principio, por no plegarse su madre a su exigencia, hasta el llorar disgustado por vivirse atrapada, por sí-misma, en una situación generadora de mal-estar.

Vamos a ir rescatándola, de manera eficaz, *reemplazando el gesto*, hasta ahora irreprimible, de cogerla ó tocarla, *por la articulación de palabras* que permitan ayudarla a pensar y a escuchar.

El placer de hablar para desarrollar pensamientos que nos permitan dar sentido a lo que viene sucediendo entra ambas y dentro de cada una, va a ir instalando la noción de escucha placentera en la niña y permitiendo pensar en el proceso contrario, imperante hasta ahora: *la evacuación de una realidad percibida.*

Poco a poco vamos comprendiendo que el retorcimiento del cuerpo en la sillita y el llanto enfadado sirven para evacuar la representación de existencia, autónoma y diferenciada del objeto, e instalar un vacío de pensamiento. *Repetición compulsiva de un proceso de vaciado, rellenado sistemáticamente, hasta ahora, por el contacto físico del otro, que acababa sometido y aniquilado en su calidad de objeto frustrante.*

Mediante la reactivación, claramente promovida por la niña, de la angustia-dolor en el objeto, ésta le arrebatava el derecho y la conveniencia de frustrarla con la no satisfacción inmediata ó simplemente con la no satisfacción.

El dolor, sentido dentro de ella, que la madre atribuye a la niña es lo *que ésta se encarga de dramatizar para obtener el beneficio de un control tiránico sobre el objeto que acaba adhiriéndosele físicamente para intentar aplacarlo.*

Descubrimos además:

Que las situaciones que resultan intolerables a la niña son aquellas en las que se producen espera, presencia de un tercero, ó percepción del objeto disfrutando.

Situaciones ante las que la utilización de un llanto evacuativo de la percepción indeseable, que se acompaña del giro de la cabeza, para dejar de mirar al objeto y conseguir que éste vaya a buscarla cogiéndola en brazos, persigue despojarlo de su placer y de su independencia.

Como ha sucedido en otras sesiones, la niña ha seguido llorando intensamente, gesticulando y retorciendo todo su cuerpo, hasta que la cabeza ha quedado atrapada entre el chasis y el reposa cabezas.

La madre, que ha girado la cabeza para no ver la escena, me dice que lo hace para evitar cogerla y porque aunque en estos momentos se está dando cuenta que todo ése sufrimiento se encuentra en ella misma, aún no puede evitarlo.

Vuelvo a remarcarle que se trata de reemplazar el gesto por la palabra.

Le explico que mediante la palabra podemos explicarle a su hija lo que nos parece que le está sucediendo y lo que nos está sucediendo.

Así pues, ante la intensísima violencia que está manifestando ante mi presencia, como tercero, *iré hablándole y dramatizando* mediante juegos lo que está pasando.

Éste fragmento es una muestra:

Le digo a la niña que me parece que siente impaciencia porque su madre, que está hablando conmigo, la hace esperar y eso la lleva a sentirse enfadada.

Explicándole lo que ha podido observar desde que comenzó la sesión, la niña va, poco a poco, girando su cabeza hacia mí y reduciendo su llanto.

Hablándole de sus deseos, de los sentimientos que vive y de su tendencia a deshacerse de los pensamientos que los pueden contener, se va calmando.

Entonces le explico que, mediante su escucha, ella puede participar en una situación para tres.

Le hablo del placer de escuchar las palabras que podemos dirigirle y sobre todo aquellas que su madre puede ofrecerle.

Ahora, que se ha tranquilizado y ha comenzado a sonreírme, con la complicidad de la madre involucrada en la estrategia, *inicio un juego dramatizando* que un pequeño peluche se enfada conmigo porque no tolera que yo esté hablando con ella.

A éste personaje, que se enfada y me golpea mientras yo me quejo de sus golpes, le explico que puede estar escuchándonos y disfrutar de un buen sueño.

Mientras represento que el muñeco va durmiéndose a gusto, poco a poco, e imito el ruido de su respiración tranquila, pido a la madre y a la niña que hablemos en voz baja para no despertarlo.

Carla me sonrío varias veces y su madre me dice que parece que esté comunicándose conmigo con el parpadeo de los ojos.

4.10.2. Hablamos del llanto y de la experiencia de separación.

Varias sesiones después la madre me dice que ya la puede mirar cuando llora.

Mientras va colocando su cuerpo en ésa posición incómoda, que tantas veces ha impulsado a la madre a recolocarla, la niña comienza a enfadarse.

Al decirle su madre “mírame”, la niña aparta aún más la cabeza mientras cierra los ojos y aumenta su chillido.

La madre me explica que ya puede mirarla porque se ha dado cuenta que el dolor que le atribuía es suyo. Sigue hablándome sin sentir inquietud y me dice que ahora se siente tranquila oyéndola sin padecer.

La conversación entre la madre y yo prosigue tranquila a pesar de aumentar el enfado de la niña.

Hablamos de ése llanto enfadado intentando entender el significado y el origen de los diversos sentimientos presentes en él.

Por primera vez, de manera nítida, comienza a emerger un llanto triste.

Comento con la madre que ése fragmento de tristeza que emerge procede de otros momentos en los que Carla ha debido vivirse así.

Fragmento recuperado en medio de la agresividad que también ha debido sentir antes sin manifestarla con el llanto, como ahora sucede, sino dando un bocado.

Explico a la madre lo importante que resulta permitirle llorar ya que es el mejor medio que la niña tiene a su disposición para expresar el abanico de sentimientos que experimenta en su interior sin poder expresarlos de otro modo. Le señalo que si la hacemos callar calmándola ó enfadándonos con ella, y suprimimos su expresividad, éstos van a permanecer activos dentro de ella sin posibilidad de elaboración.

Le señalo la importancia de permitirle hacer ése recorrido expresivo de sus diferentes emociones mientras permanecemos atentos, a su lado, y conversamos con buen humor.

De éste modo le ofrecemos la oportunidad de comprobar que puede adentrarse en su enjambre emocional, “perderse en él” y reencontrar el camino de vuelta hacia el sosiego.

La niña vuelve robustecida por su capacidad de entrar y salir en ése mundo emocional interior ya que, a pesar de que *experimenta que se va y abandona a su madre* y que ésta no va a buscarla, ella *sabe volver y recuperarla* comprobando que ésta no la ha abandonado ni ha sido destruida.

La posibilidad de adentrarse en el llanto, mientras observa a su madre de reojo, permitiendo que emerjan fragmentos emocionales como angustia, miedo, rabia, ó tristeza, relacionados con la situación de frustración actual y con experiencias pasadas conservadas, *equivale a una verdadera separación física diferenciadora* que la madre debe de aprender a tolerar, como cuando una hija se va a jugar fuera de la vista de su madre y ésta permanece confiada en los recursos autónomos que la niña posee para conservarse sana y salva y volver.

La madre me dice que está sucediendo un segundo nacimiento, que la niña está renaciendo y hay que “cortar el cordón umbilical”.

Después de un buen rato de llanto y de casi cruzarse literalmente en la sillita adoptando las poses más complicadas, que hasta ahora movilizaban a la madre, Carla ha ido recobrando paulatinamente la calma, y ha recolocado, sola, cada miembro de su cuerpo en la posición más idónea.

Finalmente, tras permanecer unos minutos observándonos y escuchándonos con mucho sosiego, y después de haberse resistido varias veces a cerrar los ojos y abandonarse al sueño, se ha dormido profundamente.

La placidez del dormir y el sosiego que emanan de ella, han sido logrados gracias a la posibilidad de experimentar lo que podríamos llamar “*el llanto con red*”, que siento equivalente a un salto al vacío con paracaídas ó en el puenting.

Ha podido “*perderse*” dentro de su mundo de emociones contenidas y *volver con su Yo robustecido*.

También ha podido comprobar que su madre ya no responde con el automatismo compulsivo de tocarla para calmarla y calmarse.

Sus emociones y su cuerpo le pertenecen más que antes y es a ella a quien le toca investirlos y asumirlos como propios.

En la última parte del llanto, ha comenzado a dirigir un brazo hacia su madre para intentar cogerla abriendo y cerrando la mano. Éste movimiento ha sido tan nuevo y significativo como los recientes sonidos pre-verbales que emite.

Ahora que ya busca y disfruta la comida, está también comenzando a buscar y sentir hambre de madre.

La importancia de permitirle llorar, involucrarse y adentrarse en la desconexión y el aislamiento mientras seguimos a su lado es grande.

Investir unos sonidos, unos sentimientos y un cuerpo, identificándolos como propios, ha permitido una integración de sí-misma muy importante para su desarrollo.

A lo largo de toda la sesión he tenido una impresión que volverá a confirmarse más tarde:

Mi presencia, con la firme convicción de que debía permitirle expresarse llorando tanto como lo necesitara mientras hablábamos de ella, con respeto y paciencia, permitía que ésta hiciera posible una demanda ahogada hasta ahora: “*mamá déjame llorar, no me toques*”.

Progresivamente, la madre comienza a recuperar su capacidad de obtener placer en su vida mientras que, poco a poco, en Carla los sentimientos de tristeza hacen su aparición en los pequeños momentos de separación que ella experimenta.

4.13. Tres días después de la salida, que ha ido produciéndose de manera progresiva en los dos meses y medio, veo a la madre y a la niña, con las que mantengo la psicoterapia de manera ambulatoria.

La niña está muy sonriente y relajada. No se observan ya los intensos signos de espasticidad que presentaba al ingresar. La mayor parte de la sesión está balbuceando y entreteniéndose en intentar coger con sus dos manos un dibujo de su vestido para acercárselo a los ojos mientras su madre y yo hablamos.

Se mantienen las mejorías que se desarrollaron en la hospitalización:

Sigue comiendo con muchas ganas y se relame al terminar. En algunas comidas se enfada porque no le dan mayor cantidad. Ahora eructa de satisfacción y suda de gusto tomando.

Me dice que la niña sigue sin estreñimiento y que por la mañana, después de comer, se queda dormida como un bebé pequeño.

Por las tardes hace una siesta de una hora cuando antes, si la hacía, era de diez minutos.

Por la noche, cuando se queda en la cama y se le dice que se duerma se duerme sin más. El dormir nocturno sigue siendo profundo y sosegado, desapareció aquel dormir tan agitado, hipervigilante, asustadizo y frecuentemente interrumpido por despertares angustiados.

Se mantiene recuperado el placer por el chupete que no quería y se duerme con él. También permanece el reaparecido movimiento de chupeteo mientras duerme.

Por otra parte el peso ha seguido en aumento y se observa un claro despertar del crecimiento físico.

Finalmente, como ya sucedía en el hospital, me comenta que cuando juegan con ella y le hacen cosquillas se ríe a carcajadas como cuando tenía 6 meses.

4.14. Algunas reflexiones.

La postura con tendencia a la hipertonia generalizada con hiper reflexia y espasticidad que se exacerbaba con la estimulación, ha evolucionado hacia una hipotonía axial con movimientos distónicos sin retracciones articulares.

Así pues, la práctica desaparición de la espasticidad como consecuencia del tratamiento aplicado, me lleva a pensar en ésta como un indicio semiológico significativo de sufrimiento emocional.

Existen concepciones, muy asentadas, sobre el origen exclusivamente neurológico de los múltiples trastornos somáticos y emocionales que llega a padecer un bebé con parálisis cerebral, y es necesario revisarlas de manera profunda.

Es necesario desarrollar investigaciones que permitan, caso por caso, diferenciar lo atribuible a la patología neurológica y lo atribuible a la patología psicósomática. No hacer su distinción daña profundamente las posibilidades de ofrecer una ayuda eficaz y mantiene prácticas médicas que pueden tener efectos iatrogénicos.

Debemos de tener bien presente que desde muy temprano se desencadenan procesos de somatización y mecanismos defensivos, independientes de su situación neurológica, que buscan evitar los sufrimientos psíquicos en el bebé.

También es necesario tener en cuenta que en la madre pueden producirse estados de sufrimiento y violencia previos a la gestación, o durante la gestación como consecuencia de la reactivación de núcleos traumáticos tempranos, o después del nacimiento al encontrarse con un bebé con déficits, cuando no expuesto a un riesgo de muerte, que van a producir de forma directa en el bebé una experiencia emocional inasimilable y traumatógena que produce deterioro físico y psíquico en él.

Los estados de aparente buena adaptación y sensibilidad que la madre presente deberán ser analizados cuidadosamente. La presencia de mecanismos altamente supresores de su expresividad y de su perceptividad emocional, debe de ser tenida muy en cuenta ya que será el indicio evidente de una tramitación inadecuada de los afectos traumatógenos que, desde esa modalidad defensiva, van a golpear la sensibilidad receptiva del bebé.

La reactivación de núcleos traumáticos, en la madre, derivados de la exposición temprana, siendo ésta bebé, a una interacción patógena, desencadena una modalidad interactiva caracterizada por el sobre-apego fusionante que fomenta una modalidad de relación de dominio, que posteriormente segundará el bebé, y un aferramiento a la pena, conservada como bastión de resistencia en la defensa identitaria temprana, “me duelo, luego me tengo”, forjado en el tiempo de la vivencia traumática de intrusividad del objeto.

Estas situaciones exigen una intervención psicósomática altamente especializada que atienda, al mismo tiempo, la función de guía entorno a los procedimientos implicados en la atención del bebé y, sobre todo, la elaboración emocional mediante el análisis psicoterapéutico, del atormentado mundo intrapsíquico de la madre y del padre.

Nuestra intervención busca ayudar a los padres en su comprensión del funcionamiento intrapsíquico y emocional de su bebé en su relación con ellos, con sus sentimientos y con su propio cuerpo, pero también en:

- Guiar la regulación de una modalidad relacional que no obture la expresividad del bebé, sino que estimule los procesos psíquicos de constitución del yo y del objeto. Procesos que requieren, entre otros, de la representación de ausencia, de una distancia interactiva óptima, de frustración, de constitución del extraño, de un espacio proyectivo propio y del placer emocional que abastezca una representación afectivizada del objeto.

- Guiar la regulación de los procedimientos implicados en los frecuentes trastornos alimentarios que son la consecuencia directa del desajuste emocional temprano.
- Regular las modalidades de conducción al sueño que eviten el acceso por aturdimiento del niño ó el favorecimiento de la inercia hipersomne que tiende a mantener en un estado de calma, sin placer, los procesos del dormir y que impide la constitución de los procesos de realización alucinatoria de la experiencia placentera.
- Regular los procedimientos operatorios autocalmantes/desvitalizantes que la madre utiliza ante la aparición de la expresividad del bebé que no puede tolerar porque reactiva el propio dolor/pena.
- Evitar la tentación de reiniciar rápidamente y sin elaboración de lo traumático, una nueva gestación que tenga como fin revitalizar a la madre, rescatarla de la angustia traumatógena ó sustituirla como objeto de estimulación ante el bebé enfermo, mediante la obtención de un bebé sano e ideal que tendría por misión socorrerles a los dos, cuando no a los tres.
- Favorecer una redistribución de las investiduras hacia el marido, y acrecentar la implicación de éste en su posición de objeto atractor/diferenciador.
- Poner en marcha dispositivos hospitalarios para rescatar de la retracción autística al bebé que sufre por la recepción de procesos psíquicos inasimilables y evitar la cristalización de los procesos de desconexión, que van a llevar a la modalidad de funcionamiento operatorio, siguiendo procedimientos ya experimentados en nuestra unidad.

La simultaneidad de intervenciones clínicas, que se producen en el seno de un tratamiento pluridisciplinar, requiere de un esfuerzo para conocer, en cada momento, la semiología resultante de los efectos de las diferentes terapéuticas comprometidas, para deslindar y así poder significar adecuadamente la naturaleza de los procesos somatopsíquicos y psicossomáticos en curso.

Las intervenciones que requieren de tratamientos potentes, capaces de modificar las expresividad natural del niño (por ejemplo: quimioterapia en oncología, corticoterapia en el Síndrome de West), deben de acompañarse de un especial cuidado, de comunicación y de representación psíquica, que resguarde, tanto en la mente de sus padres como en la de sus cuidadores, la subjetividad sensible que existe en su hijo, mientras éste se viva, temporalmente, desposeído de la vitalidad y de los recursos expresivos naturales que le permitirían manifestarla.

La desaparición de su alegría, de su deseo de jugar ó de su demanda de ternura, nos exige no sólo procurar que todo ello sea restaurado, sino también proteger la concepción de que por naturaleza el niño tiende a la alegría, a desear jugar y a demandar ternura.

El psiquismo temprano, tan sensible y reactivo a los estados emocionales de su madre fundamentalmente, y de su padre, requiere de un esfuerzo de reconocimiento que permita rescatar su existencia de la ignorancia ó de la simple negación, aún muy extendida.

La alta capacidad técnica de detección precoz de anomalías, en el tiempo de gestación, plantea la necesidad de que el especialista comunique con claridad la información, proteja la sensibilidad de los padres, respete su particular modo de elaborar el dolor ante la pérdida de un sueño vital y procure el acompañamiento ó el tratamiento psicológico adecuado a las consecuencias traumáticas que puedan derivarse para su propia salud así como para el mejor desarrollo de las siguientes gestaciones.

Pero antes de terminar mi exposición quiero decirles que una de mis mayores satisfacciones fue descubrir que Carla es una niña con una sensibilidad emocional, una capacidad comprensiva y con un deseo vital “comparables” a los de cualquier otra niña.

4.15. REFERENCIAS

- Actualités Psychosomatiques (2002). N°5, *Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation*, Georg Editeur, Genève.
- Actualités Psychosomatiques (1999). N° 2, *Mouvements D'organisation et de désorganisation pendant l'enfance*, Georg Editeur, Genève.
- Ansermet F., & Magistrati P., (2006). *A cada cual su cerebro, plasticidad neuronal e inconsciente*. Editorial Katz
- Debray R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Fain M. (1999). *La censure de l'amante*. Delachaux et Niestlé.
- Golse B., Seguret S. & MOKHTARI M., (2001) *Bébés en réanimation*, Editions Odile Jacob.
- Golse B. (2006). *L'être-bébé*. Le fil rouge. Edit. PUF.
- Kreisler L. (1992) *Le nouvel Enfant du désordre psychosomatique*, Dunod, Paris, 1992.
- Kreisler L., Fain M., & Soulé M., (1999). *L'enfant et son corps*, PUF.
- Kreisler L., & Szweg G. (1998). Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance. Généralités cliniques-Propositions théoriques, *Encyclopédie Médique Chirurgicale*. Psychiatrie, 37.404.A.1998.12p. Ed. Elsevier.
- Lebovici S., Diatkine S. & Soulé M., (1997). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*, Puf, Paris, 1985. 3^a ed. 1997.
- Lebovici S. & Weil-Halpern F., (1989). *Psychopathologie du Bébé*, PUF.
- Marty P. (1995). *El desorden Psicossomático*, Promolibro, Valencia, 1995.
- Marty P. (1992). *La Psicossomática del Adulto*. Ed. Amorrortum Editores.
- Mellier D. (2005). *Vie émotionnelle Et souffrance du bébé*. Edit. Dunod.
- Palau P. (2000). *Bebé en Riesgo*, Revista Iberoamericana de Psicossomática, n° 1, SEPIA, 2000.
- Palau P. (2002). *Silencio, se escucha... no tocar*. Revista Iberoamericana de Psicossomática, n° 3, Sepia.
- Palau P. Benac M., Haro J., Robres D. & Biosca E. (2003). Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 2003. Vol. 37. XXIX Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.
- Palau P. (2004). Somatizaciones en niños de riesgo producidas desde el vínculo. *Revista de Psicossomática y Psicoterapia Médica*, n° 56. Ed. IPEPPM.
- Palau P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Revista de Psicossomática y Psicoterapia Médica*, n° 61. Ed. IPEPPM.
- Palau P. (2006). *Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno*. *Revista de Psicossomática y Psicoterapia Médica*, n° 62. Ed. IPEPPM
- Press J. (1999). *La perle et le grain de sable*, delachaux et niestlé, Paris 1999.
- Revue Française de Psychosomatique (1996) – n°2, 1996, *A propos de l'enfant et son corps*, PUF, Paris.
- Rosenberg B. (1995) *Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida*. Ed. Promolibro.
- Smadja C. (2001). *La vie opératoire*, Études Psychanalytiques. Ed. PUF
- Szweg G. (1998). *Les galériens volontaires*. Ed. PUF
- Szweg G. (2001). La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle, *Revue Française de Psychosomatique*, n° 20, PUF, 2001.
- Szweg G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Ed. PUF

CAPITULO 5. PSICOPATOLOGIA PERINATAL: TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y DE LA INTERACCIÓN EN EL BEBÉ.

Artículo: Palau, P. (2011). Psicopatología Perinatal: trastornos psicósomáticos y de la interacción en el bebé. *Psicosomática y Psicoterapia Médica*, nº77. Madrid: Ed. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM).

5.1. Resumen.

En un contexto pediátrico hospitalario, a partir de dos bebés de 27 días y de 60 días, el autor analiza las condiciones en las que surgen unos trastornos respiratorios psicósomáticos muy precoces y unas manifestaciones primarias de retracción y evitamiento activo de la interacción, como preformas, semiológicamente cercanas, de algunos de los procesos psíquicos y comportamentales del funcionamiento autista, diagnosticable entre los 12 y los 24 meses de vida.

Analiza la naturaleza de esos mecanismos psíquicos y comportamentales, las posibles consecuencias psicopatológicas y déficits psiconeurobiológicos derivados de su cronificación. Describe el tratamiento psicoterapéutico de la psicopatología de las dos bebés, tratadas en compañía de sus padres y señala la enorme transcendencia que tienen, en la clínica de la psicopatología perinatal centrada en los primeros tiempos de la vida, las miradas que rodean al bebé.

Palabras clave:

Sufrimiento parental y del bebé, trastornos psicósomáticos perinatales, cronificación mecanismos de defensa, miradas perinatales, intervención psicoterapéutica.

5.2. Introducción.

Esta exposición recoge manifestaciones psicopatológicas de 2 bebés, ligadas a la experiencia emocional surgida de la interacción padre-madre-bebé.

Abordados en un contexto pediátrico hospitalario, se analizan las condiciones en las que surgen unos trastornos respiratorios psicósomáticos muy precoces y unas manifestaciones primarias de retracción y evitamiento activo de la interacción, como preformas, semiológicamente cercanas, de algunos de los procesos psíquicos y comportamentales del funcionamiento autista, diagnosticable entre los 12 y los 24 meses de vida.

Considerados como factores de alarma ó de riesgo, sin valor predictivo, estos comportamientos son objeto de una intervención psicoterapéutica de la triada, que busca tratar las manifestaciones psicopatológicas presentes y prevenir su cronificación.

En el ámbito de la comunicación padre-madre-bebé, esta exposición destaca la importancia que tiene el llanto del bebé, como recurso expresivo que es necesario proteger

de la supresión en momentos traumáticos, y la “mirada” como espacio de encuentro ó de perturbación emocional de la interacción padre-madre-bebé.

5.3. - Carolina.

Carolina es una bebé que comienzo a atender en el hospital cuando tiene 27 días de vida. Las 3 primeras sesiones han tenido lugar en la planta del Servicio de Pediatría, en la que se encuentra ingresada desde hace 4 días.

Aunque es enfermería quien ha detectado primero el estado emocional de riesgo que ésta familia y en particular ésta bebé sufren, mi intervención es solicitada por su neuropediatra, la cual me ha pedido que valore el estado psíquico de la bebé y que la atienda con su familia, vista la alteración que se observa en el ámbito de la interacción entre la madre y la bebé y en la situación emocional de ambos padres.

Primera sesión:

T (terapeuta) - ¿Qué les preocupa?

M (madre) - Que se nos quedaba sin respirar, como si se ahogara, cada vez fue más largo y la trajimos. Yo pienso que ocurre porque comía poco.

T - ¿Cuándo empezaron?

M - Hace dos semanas (con 10 días de vida). A la semana siguiente de llegar a casa. Al principio era algún día suelto. En la última semana sucedía 5 ó 6 veces al día.

P (padre) - Se nos quedaba encanada, como si no pudiera llorar.

En éste momento de la entrevista observo que Carolina, que se encuentra en los brazos de su madre, es calmada mediante el movimiento de acunamiento ó con la voz, cada vez que tiende a emitir algún sonido ó inicia un movimiento corporal, de un modo que me hace pensar en la posibilidad de que los procedimientos que la madre esté usando para calmarla pertenezcan a la naturaleza de aquellos que no buscan sólo la satisfacción y la tranquilidad del bebé sino la instauración de una calma por acallamiento, mediante la supresión de su expresividad espontánea, tanto corporal como vocal.

Éstas primeras observaciones me llevan a decirle a la mamá que quizás su hija necesite poder llorar y la invito a que no apague los conatos de llanto. Ella me dice entonces:

M – No puedo oírla llorar, es muy buena y me da mucha pena escucharla. No suele llorar.

T – ¿Llora algunas veces, para pedir su comida si se atrasan?

M – No, no llora prácticamente nunca.

Ésta descripción de lo que la madre siente, si escucha llorar a su bebé, y la matización que aporta sobre el llanto, refuerza la hipótesis de que se esté suprimiendo no sólo el llanto sino también la tendencia natural, derivada de una necesidad vital, de expresividad de los diferentes estados somáticos y emocionales de malestar, que la bebé experimenta.

En situaciones en las que el bebé padece una patología somática y en aquellas situaciones en las que el nacimiento se ha visto acompañado por una experiencia traumatógena para él ó para su madre y su padre, la tendencia que se desarrolla desde el primer encuentro entre la madre y su bebé es, frecuentemente, la de evitar que el niño

lloro. En estas situaciones resulta muy difícil, cuando no intolerable, escuchar el llanto del bebé. La presencia de alguna patología somática lleva además, erróneamente, en la mayor parte de los casos, a la idea de que el llanto puede producir su agravamiento.

De ello se deriva la necesidad imperiosa de acallar al bebé mediante algún procedimiento calmante, como es el acunamiento en el regazo, la emisión de sonidos ó de palabras, la colocación del chupete ó el ofrecimiento del pecho, aunque el motivo de la queja no sea el hambre, para que el bebé pueda sentirse acompañado y protegido.

La semiología del llanto del bebé es por supuesto diversa y debe de ser analizada médica y psicológicamente.

Entre los motivos de llanto más habituales está el hambre, la incomodidad relacionada con un malestar físico de tipo postural, el sueño, el dolor físico producido por una prenda ó un objeto, alguna manipulación ó frustración, el malestar relacionado con el entorno físico inapropiado como puede ser el exceso de calor, frío ó ruido, el malestar ó dolor físico que pueda revelar una patología médica, las experiencias afectivas de susto, miedo ó angustia, y *el malestar psíquico, derivado de la exposición emocional a una experiencia interactiva traumatógena, experimentado psicofísicamente.*

Esta última etiología es, todavía, muy poco considerada por los psicopatólogos en perinatalidad y en pequeña infancia y aún mucho menos por los pediatras, a pesar de su importancia y de la gran frecuencia con la que podemos encontrarla en situaciones de sufrimiento materno.

T – ¿Como fue el embarazo?

M – Emocionalmente fatal. Muy triste por la pérdida de mi hija de 3 años. He llorado mucho. A veces me siento culpable de haberme quedado embarazada muy pronto. Yo quería que naciera Raquel otra vez. Pero la quiero mucho (se refiere a Carolina). Yo pensaba que no la iba a querer.

A pesar de que le he pedido que permita a su hija llorar, si ésta lo desea, la madre tiende a acallarla. Le pido que intente no hacerlo explicándole la importancia que tiene para su bebé poder llorar en su regazo, si lo necesita. Le explico que una de las pocas vías que tiene su hija para poder expresar su malestar, sea cual sea su origen, en un momento en el que aún no está disponible el recurso de la descarga sensorio-motora ó de la palabra, es su llanto.

Le explico que cuando un bebé se encuentra padeciendo un malestar-tensión interno y silencioso, cuyo origen puede ser diverso, y no lo puede expresar y así escucharse a sí mismo, ni puede ser escuchado por otro, se produce entonces un riesgo de empeoramiento psicósomático y psíquico, puesto que el estado tensional permanece en su interior y puede ir aumentando sin que el bebé pueda metabolizarlo.

Sin poder expresar mediante el llanto ése malestar, no existe la posibilidad de procesarlo, es decir de enlazar la expresión del malestar llorado con el malestar interno e identificarlo como propio. La posibilidad de expresar el malestar abre la vía, no sólo a la comunicación consigo mismo y al trabajo de metabolización que el propio bebé desarrolla por tener acceso a su expresividad, sino también a la comunicación con el otro que puede ayudar a su procesamiento mediante la contención de lo expresado por el bebé y la utilización de palabras tiernas de identificación, de la madre ó del padre, con las sensaciones y los afectos sentidos y expresados por aquel.

Lo contrario, o sea, la supresión de la expresividad espontánea del malestar, puede llevar al empeoramiento psicossomático y a la utilización de mecanismos psíquicos de defensa que pueden conducir a la eclosión de una psicopatología temprana. Además, la instauración temprana de ése recurso de **supresión de la expresividad** también puede llevar a **la supresión de la percepción** de los estados de malestar internos, que permanecerán generando alteraciones somáticas y vivencias psíquicas que no podrán ser percibidas, discriminadas y expresadas. Ése malestar puede resultar muy intenso y llevar a la aparición de una patología psicossomática ó al agravamiento de una patología física con otro origen, aunque también a la utilización de mecanismos de defensa, de retracción y de evitamiento activo de la interacción.

Después de explicarle de nuevo la importancia que tiene poder dejar llorar a su hija, la madre consigue evitar dejarse llevar por su tendencia, hasta ahora irreprímible, de silenciarla.

Es entonces cuando la niña comienza a gemir, primero débilmente, para pasar, poco a poco a quejarse y empezar a llorar, aunque de manera intermitente y progresiva, hasta estallar en un llanto muy intenso.

Mientras sigue llorando y hablamos de la importancia de que pueda expresar sus quejas, estando recogida en el regazo de su madre, también seguimos hablando de lo que ellos han vivido.

T- ¿Qué le pasó a su hija de tres años?

M – Murió de cáncer, a los 2 años se lo detectaron y a los 3 años murió. Se le detectó un bultito y en el hospital vieron que tenía metástasis. Se lo extirparon pero se le reprodujo y no hubo nada que hacer. Estábamos las 24 horas con ella, todo el día. Y pasamos de estar ocupados 24 horas a no tener nada y nos hacía falta un bebé, me hacía falta. A los 4 ó 5 meses de perder a Raquel me quedé embarazada. Al año siguiente de fallecer mi hija nació Carolina.

En éste momento el padre me dice que se siente mal porque su madre se está muriendo con un cáncer, que se le declaró hace un mes y medio.

Es entonces cuando la madre me relata el fallecimiento de Raquel. Y me habla de lo diferente que ha sido su vivencia de la gestación de Carolina.

M – No he podido cantar a Carolina, como sí lo hacía con Raquel, Carolina es diferente. Carolina tiene mal genio, come peor... Raquel era perfecta. Comía bien, dormía bien, lista, inteligente...

Al preguntarle cómo se sienten en el hospital, la madre me dice:

M - Aquí estoy bien, Carolina está cuidada pero mi cabeza está en que no he ido a ver a la otra al cementerio. Carolina ya ha llevado flores a su hermana. La madre indica el día de ésa visita, fecha en la que Carolina tenía unos 18 días de vida.

La madre comienza a hablarme del comportamiento de la niña desde que nació. Describe un comportamiento hipersomne. La niña permanece durmiendo la mayor parte del tiempo salvo en los momentos en los que tiene que comer, comportamiento habitual para un bebé de ésta edad (basándome en cómo lo describe la madre) si no fuera porque después de ser alimentada no tolera seguir despierta y se enfada si la madre intenta

comunicarse con ella en ése momento. Sólo quiere seguir durmiendo y rehúye los momentos de la interacción mientras busca activamente reintroducirse de nuevo en el dormir. En la alimentación la madre me dice que es mala comedora.

Mientras seguimos hablando, Carolina sigue llorando y la madre me dice que le está resultando muy difícil dejarla llorar, aunque entiende bien que tiene que permitirle por el bien de su hija.

Finalmente, mientras me ha ido hablando de todo el enorme sufrimiento vivido desde la pérdida de Raquel, la mamá ha podido, poco a poco, dejarla llorar y dejarse llorar junto al padre.

Al cabo de una hora de reunión, aproximadamente, ha llegado la familia del padre para anunciarle que su madre había fallecido. Éste se ha puesto a llorar desconsoladamente mientras su mujer intenta reconfortarlo y una hermana del padre coge a la niña.

Al cabo de unos minutos de tenerla en sus brazos la tía dice, muy contenta, que es la primera vez que la ve con los ojos abiertos y que hasta ahora no sabía de qué color los tenía. Observación de la tía que se corresponde con la que los padres habían hecho un rato antes, al decir que era la primera vez que la niña permanecía tan atenta y despierta con ellos.

Desde que su madre le ha permitido, y se ha permitido llorar, ya no se ha vuelto a dormir y tampoco ha hecho su aparición el comportamiento de intentar reintroducirse en el dormir.

Al final de la sesión, que durará cerca de 2 horas, transmito a los padres la hipótesis de que las crisis que ellos me han descrito, y que la niña viene padeciendo desde los 12 días de vida, sean crisis de espasmo del sollozo (Kreiser, 1996), una pre-forma de las crisis que podemos encontrar, más habitualmente, a partir de los 6 meses de vida.

La pregunta que me hicieron los padres fue ¿Cuál es el origen de esas crisis y cómo podemos evitarlas?

La respuesta sobre el origen me llevó a contestarles, con mucha franqueza, que un bebé, desde que nace, viene dotado de una alta capacidad receptiva y perceptiva del estado emocional de sus padres y se ve, por tanto, muy pronto expuesto a sentir el sufrimiento, la tristeza ó la angustia de sus padres cuando ésta es importante y se prolonga a lo largo de días (Palau, 2009).

Les señalo que el proceso psíquico que origina el espasmo del sollozo es, en su origen, un intento por escapar del sufrimiento al que el bebé se siente expuesto, como también lo es el proceso de la hipersomnia.

Ambos procesos, incluyendo el rechazo de la interacción directa con el otro, que ellos también me han descrito, buscan una experiencia vital sin contagio con el sufrimiento parental, como es el que ellos, de manera muy justificada, vienen padeciendo desde que falleció su hija Raquel. Las crisis de espasmo del sollozo son un procedimiento psíquico que busca desconectar la percepción y por tanto la sensibilidad afectiva impactada por aquellos contenidos emocionales parentales no metabolizables, mediante la huida en la pérdida de conciencia (que en una bebé de pocos días puede estar enlazada a un intento de recuperación de la experiencia vital intrauterina, tan cercana en el tiempo y tan fresca aún en la memoria neonatal).

Es obvio que esta niña, “bebé de reemplazo” (Palau, 2006), ha estado también percibiendo el rechazo a su ser, en forma de disgusto materno por no encontrar a Raquel ó por buscar en sus ojos a los ojos de Raquel. Pero éste conocimiento no debía serles

transmitido puesto que habría despertado un sentimiento de culpabilidad, injusto con los padres que cuidan de Carolina todo lo bien que saben y pueden, y contraproducente para la recuperación de la niña.

Tanto la madre como el padre padecen una depresión muy evidente, que no ha permitido a la madre sentirse emocionada al recibir a su hija.

Sobre lo que ellos podían hacer para evitar las crisis, mi respuesta fue: mimarse más y disfrutar más de sí mismos y de la niña. Desde que ha nacido, la madre se ha mantenido pegada a ella, olvidándose de aquellos momentos ó placeres a los que ella podía acceder para sí misma. Mi consejo fue que intentara recuperar momentos diarios en los que sólo se dedicara a hacer aquello que le fuera placentero.

Cuando la mamá vuelve satisfecha, el bebé se alegra.

Hacia el final de la sesión la madre me dice que dentro de unas semanas el oncólogo que atendió a Raquel, va a hacerle pruebas de toda clase para ver si Carolina tiene algo como su hermana, porque a su hermana se le podría haber detectado, y ella tiene ganas de que pase el tiempo de esas pruebas.

Al día siguiente, enfermería me habla de una franca mejoría emocional en los padres y en el comportamiento de la bebé. El espasmo del sollozo ya no volverá a reaparecer y su mejoría general se mantendrá hasta varias semanas después.

Cuando Carolina tiene 48 días.

Carolina llega en los brazos de su madre y la observo mirando fuera de la interacción visual con ella.

M - Ayer estuvieron explorando a Carolina y pasé una mañana muy mala, hacía un año que estuve allí y fue muy duro. Así que las pruebas que faltan se las harán aquí.

T - ¿Hicieron daño a Carolina?

M - Se portó muy bien, tuvo un día muy tranquila, durmió por la mañana, y por la tarde estuvo con los ojos abiertos sin decir nada. (A pesar de las molestas técnicas invasivas usadas).

T - ¿Qué tal duerme?

M - Fenomenal, y se duerme sola en la cuna. Yo la dejo sola y se duerme ella sola. Le doy el biberón y la tengo cinco minutos diciéndole cositas y ella sola se duerme.

Observo que la niña sigue rehuyendo la mirada y pido a los padres que vayan a su encuentro con su mirada, pero la niña rehúye encontrarse con la mirada de ellos y también con la mía.

T - ¿Sigue llorando de vez en cuando?

M - Últimamente no. Ayer ella estaba muy tranquila. Con lo nerviosa que estaba yo, no sé cómo estaba ella así de tranquila.

Estuve toda la mañana llorando. En cuanto llegué al hospital... fue revivirlo todo, y cuando la estaban reconociendo yo no le estaba quitando la ropa a ella sino a su hermana. A ella no la veía.

El padre acaba de coger a la niña y esta empieza a quejarse. Le pido que le permita llorar y es entonces cuando la niña empieza a llorar francamente.

Pido de nuevo a los padres que intenten contactar visualmente con su hija. Tanto cuando ellos lo intentan, como cuando lo intento yo, la niña usa el recurso de búsqueda del sueño para huir del contacto. No lo logramos de ninguna manera.

Les pido que cuando miren a Carolina, procuren no ver a Raquel y les digo que es muy importante conseguirlo. Les explico que la niña ha percibido la intensa angustia de ellos en la exploración, sin entender, naturalmente, su origen.

La situación es grave, se está produciendo una retracción y un evitamiento muy activo de la interacción que recuerda ciertos comportamientos de los niños autistas. Su tendencia a evitar la mirada desde hace una semana, ha empeorado drásticamente desde ayer.

Ellos dicen que les mira, pero no es así. Ni el padre ni la madre buscan el contacto de manera espontánea, ni lo echan en falta. En la última sesión, de una semana antes, ya fue visible para mí su tendencia a la desconexión. Sin embargo dejé un margen de confianza ante la afirmación de los padres de que conectaba bien.

Hoy, como contrapunto del esfuerzo de los padres y del mío por encontrarnos con ella, se ha vuelto tremendamente evidente que la niña ha hecho todo lo posible por evitar nuestras miradas. Sin embargo, a pesar de la evidencia, los padres seguían afirmando que sí que miraba, cuando era visible que la niña procuraba orientar sus ojos y su atención, en todo momento, hacia un espacio de la habitación vacío de presencia humana ó hacia la luz del techo, con una forma de mirar perdida en la lejanía.

Sus esfuerzos para mantener la mirada alejada de cualquier encuentro con la mirada de otro se complementaban, además, con un esfuerzo tan extremado por alcanzar su desconexión-desaparición en el dormir que, estando con los ojos abiertos y bien despierta, ése esfuerzo por ocultar su mirada detrás de sus párpados la llevaba a poner los ojos en blanco.

En todo ése tiempo, la niña ha permanecido en los brazos de sus padres, colocada en unas posiciones que la mantenían también alejada de un encuentro visual con ellos.

O mirando al techo, o mirando a un lado, o mirando hacia adelante.

El día anterior fue sometida a un chequeo oncológico con exploración rectal y otras pruebas invasivas y molestas, sin que la niña "tan buena", a la que se refiere su madre, rechistara en absoluto. El estado de ausencia-desconexión perceptiva de su sensibilidad corporal la mantenía en un estado de "docilidad adaptativa e insensibilidad" hacia las manipulaciones a las que fue sometida.

En ésta sesión me sentí muy alarmado por la modalidad de desconexión emocional y de evitamiento activo de los estímulos visuales y auditivos, con los que intentábamos acceder a su atención^{iv}.

Pedí a los padres que hicieran un esfuerzo por "ir a buscarla", interaccionando lúdicamente con ella, jugando con ella, buscando activamente la mirada y sobre todo, a pesar de su dolor, haciendo todo lo posible por ver y descubrir a Carolina y que ella se sintiera fuente de disfrute para ellos.

"Sé cuanto dolor sienten por la pérdida de Raquel y lo difícil que les resulta separar la imagen de su rostro del rostro de Carolina, pero necesitamos que "vean" a Carolina y que Carolina "se viva vista" por ustedes. Necesitamos rescatarla de su tendencia a huir el encuentro con otro".

Con ésta petición, me despedí de ellos.

Un rato después hablé con su neuropediatra y le pedí que la viera en los próximos días puesto que yo no podía volver a verla hasta una semana después.

Dos días después la pediatra me contó que, como lo haría Brazelton, en su exploración había procurado resaltar los momentos de conexión de la niña para resaltar lo mejor de ella, y animar a los padres a seguir desarrollando una actitud de encuentro sosegado y lúdico con la niña.

Días más tarde, a través del teléfono, la mamá me dice que la niña ha estado mirando mejor y riéndose. Me dice que han estado encima de ella, jugando como yo les indiqué, y que ella se fue preocupada de nuestra última consulta. Le confieso que yo también me quedé preocupado aunque ahora, al saber lo que ella me ha contado sobre el fin de semana, me siento muy aliviado y contento. ¡Qué susto hemos pasado!

Siete días después de nuestra anterior sesión vuelvo a verles.

Los padres entran muy sonrientes. La mamá entra con la niña, que acaba de tomar su biberón, en brazos, medio dormida y muy relajada. Le está haciendo carantoñas mientras la niña se sonríe.

T - ¿Cómo se encuentran Carolina?

M - Mucho mejor, mira a la gente, la selecciona, mira a la que quiere, y a la que no quiere, no. Sobre todo a su padre, está enamorada de su padre y lo conoce mucho. El otro día la tenía en brazos su tía y yo me puse a hablar y me buscó.

P - Y ahora duerme muy bien. Se duerme por la noche y sólo se despierta una vez para tomar el biberón y se vuelve dormir.

M - Y a veces llora con genio. Si la dejo en la cuna porque me tengo que ir a la cocina, se pone a llorar con fuerza y si la vuelvo a coger se calla.

T - Veo que, en estos momentos, Carolina se siente muy a gusto en los brazos de su mamá.

M - Ahora la abuelita está contenta porque ya le sonrío. *Y ahora cuando la miro, ya la veo a ella.* Si pienso en Raquel es con Raquel, pero si estoy con Carolina es con Carolina con quien pienso.

T - Un tiempo y una mirada para cada una.

M - Es un encanto. Como antes estábamos con el susto de si le pasaba algo, entonces no la veíamos, no la diferenciábamos, y ahora sí. Hace esfuerzos por decir cosas y como no lo consigue se enfada.

Hablamos de nuevo de la experiencia traumática que vivió la madre el día en el que exploraron a Carolina.

Después de estar jugueteando con su madre, la niña se ha dormido a gusto. Se la ve alegre y muy relajada.

A partir de esta sesión la evolución que he observado en Carolina, a lo largo de los meses siguientes, ha sido muy buena, tanto en la interacción como en otras áreas como la alimentación y el sueño.

5.4. Ana.

Ana es una bebé prematura que tiene dos meses justos cuando sus padres la traen a

mi consulta. Su neuropediatra me la remite porque no contacta y se encuentra muy replegada y sin signos de interés por su entorno. Ni los padres, ni la fisioterapeuta, ni otros cuidadores de la niña consiguen contactar con ella.

El primer relato, angustiado y muy pesimista de los padres, que no recogeré enteramente en ésta exposición, traducía una representación negativa, remisa y desesperanzada del estado de la niña que les llevaba a mirarla desde tal cautela afectiva, que generaba una desafección de la experiencia placentera y una tendencia a querer protegerla mediante la instauración de procesos conducentes a la calma y a la evitación de las manifestaciones de conflicto ó de disgusto de la niña.

La fisioterapeuta que la trataba, ligada por una amistad con los padres, se encontraba ella misma afectada por la angustia y la convicción de que el comportamiento de la niña respondía directamente a una alteración neurológica, motivo por el cual solicitó una exploración neurológica.

Preocupada por el bajo nivel de respuesta, ésta había previsto trabajar a solas con la niña, para que la presencia de la madre no interfiriera en sus posibilidades de estimulación. Hasta ése momento, la angustia y el pesimismo del pronóstico se transmitía entre todos los que participaban en su atención, con la salvedad de la neuropediatra que la había examinado una semana antes.

Pero veamos la primera entrevista:

T- ¿Qué le sucede a Ana?, les pregunto.

M- Es prematura, la lleva la fisioterapeuta. Nació con 35 semanas. Ha sido un embarazo complicado, fecundación in-vitro, es la cuarta fecundación, antes me hicieron un legrado y antes tuve un feto muerto al nacer.

He estado con muchos vómitos, ingresé con riesgo de placenta previa y riesgo de prematuridad, después me dieron el alta y me pasaron aquí.

T- ¿Cómo fue el nacimiento?

M- Epidural, tuvo dificultades en la respiración, la comadrona dice que la habrían puesto en incubadora pero el doctor A, dijo que no. Al intentar ponérmela al pecho se veía que no podía y se la llevaron al Hospital Clínico. La niña intentó cogerse al pecho pero no podía, porque le faltaban energías por insuficiencia respiratoria. En el Hospital estuvo 24 horas en la UCI. Después pasó a la cuna-nido durante seis días.

T- ¿Qué tal fue su alimentación allí?

M- Le dieron el biberón hasta que me la devolvieron y nos venimos a casa. Al principio no sacaba nada y le di el biberón. Pero cuando subió la leche (a los cuatro días) ya fuimos amigas del todo.

T- ¿La ve disfrutar tomando el pecho?

M- Si.

P- El peso bien también.

T- ¿El crecimiento?

M- Ha crecido 10 cm.

T- ¿Qué tal duerme?

M- Duerme muchísimo, el problema lo tiene en que si después de mamar no se duerme enseguida, entonces se enfada.

Observo que la niña tiende a evitar, de manera intensa, la mirada de la madre, cuando ésta, siguiendo mi recomendación, intenta espabilarla y se esfuerza en que la mire a los ojos. Es evidente el evitamiento y su enlace con la tendencia a la hipersomnia, como segundo mecanismo que busca la desconexión.

Después de unos veinte minutos de entrevista el padre toma en sus brazos a la bebé y comienza a mecerla con unos movimientos suaves que la mantienen ó la retienen dormida. En algunos momentos la bebé ha entreabierto los ojos con la mirada desviada hacia un espacio vacío y el padre, que no ha dejado de mecerla, la ha vuelto a reintroducir en el sueño. Parece tan protector que me pregunto si no solapa un poco a la madre. En todo caso, su tendencia a dormir a la bebé es manifiesta.

Les pregunto si llora y me dicen que casi nunca. Entonces les comento lo importante que resulta poder facilitar el llanto de un bebé que no puede expresar su malestar, sobre todo cuando a la madre y al padre les han sucedido tantas experiencias dolorosas en los tiempos anteriores y posteriores a su nacimiento, que quizá no han podido llorar.

Pregunto a la madre cómo se siente cuando la escucha llorar y me dice que no lo soporta, que le produce mucha pena. Entonces le explico que le sucede lo mismo que les sucede a otras madres que sufrieron pérdidas y experiencias traumáticas como las que ella cuenta haber vivido. Un largo periodo de reproducción asistida que se convierte frecuentemente en un calvario. Una experiencia traumatógena sin una asistencia psicoterapéutica y sin un preaviso por parte del equipo, sobre los posibles efectos psíquicos patógenos de un proceso tan largo y difícil y, finalmente, el doloroso parto de un bebé muerto.

Le pido al padre que deje de mecer a la niña y, a los pocos segundos, ésta empieza a abrir los ojos de manera furtiva, pero con tales esfuerzos para cerrarlos y reintroducirse en el sueño que llega a ponerlos en blanco. Le pido a la madre que la coja en sus brazos y le explico la importancia que tiene que ella le permita iniciar el llanto en su regazo y pueda tolerarlo, cuando la niña lo necesite y así lo exprese. Le digo que después de que le permita llorar, la niña buscará seguramente su mirada.

Ante las incipientes expresiones de malestar de la bebé, instintivamente, la madre tiende a mecerla y decirle cositas suaves que tienden a acallarla y le pido que, por el momento, no le diga nada que la calme. Ante mis peticiones y mis propuestas matizadas, la madre consigue no decirle nada y la niña comienza, como sucede en otros bebés expuestos a experiencias tempranas bajo los efectos de una interacción traumatógena, a llorar poco a poco y de manera interrumpida.

Inicia el llanto con un queja difusa y débil, se calla, retoma la queja con un poco más de fuerza y al cabo de unos segundos vuelve a callarse. Así sigue a lo largo de unos minutos que le permiten despegar y desplegar un llanto cada vez más intenso que transcurrirá desde la expresión de malestar difuso y débil, pasando por el llanto lleno de fuerza y de irritación, hasta llegar al llanto triste y lleno de pesar, en el que la madre la consuela hablándole, mientras la bebé le expresa lo que siente.

Mientras la niña despliega un llanto abierto e intenso, que durará unos 20-25 minutos, la madre y el padre se ponen a llorar también, diciéndome la madre lo difícil que le está resultando la experiencia de escuchar a su hija.

Le señalo que también ella y su marido necesitan poder llorar su sufrimiento y que es probable que del mismo modo que les sucede a otras madres que no quieren afectar a su bebé, que también ella haya realizado grandes esfuerzos para no expresarlo con su llanto. Le explico que, contrariamente a la lógica materna basada en suprimir la expresión de su propio dolor para que no llegue a su bebé, lo que sucede es inverso, cuanto menos lo expresa más a merced de su recepción se encuentra el bebé, sin poder asimilarlo y sin poder compartirlo.

En ésta experiencia, en la que la madre sigue mis consejos de permitirle y permitirse llorar para facilitar su expresividad, en la bebé se produce un encuentro con su propia escucha y con la de su madre.

Como era de esperar, al final del largo llanto, la niña, reencontrada y reconciliada consigo misma y con su madre, la ha mirado intensamente.

Ambas han podido mirarse y expresarse sin temor a encontrar el sufrimiento en la mirada del otro.

Sufrimiento, cuya expresión es cancelada por los mecanismos de defensa que comienzan a instalarse desde el nacimiento ante experiencias somatosensoriales y somatoemocionales, ligadas a estados de tensión-excitación de origen diverso, que el psiquismo desbordado del bebé ó del feto, no puede metabolizar.

Sin embargo, como hemos podido observar en los dos casos, la supresión de la expresividad del bebé puede ser inducida por los padres, cuando éstos lo acallan introduciéndolo, sistemáticamente, en una calma que silencia sus quejas.

En esta sesión también hemos hablado de la entrevista que mantuvieron, una semana antes, con la Neuropediatra. Ella consiguió que la niña se riera un poco al decirle cositas. Era la primera vez que alguien lo conseguía y les he señalado que si ella lo había conseguido, los demás también.

Por todo lo que me han comentado en ésta entrevista, he descartado que esa falta de interés de la niña, manifestada hasta ahora, se deba a un déficit evolutivo de origen neurológico, como había apuntado su fisioterapeuta ó su médico rehabilitador, al calificar la situación de retraso evolutivo.

Les he comentado que la niña está usando la hipersomnia para defenderse del malestar interno que aún no ha podido llorar y les he explicado la importancia de poder llorarlo, sintiéndose bien contenida, física y emocionalmente, por la madre o el padre.

Al permitirle llorar, la niña se libera de su estado tensional, se escucha a sí misma, se vive escuchada e incluida en un diálogo somato-emocional que se desarrolla con el otro y consigo misma. Tras lo cual se produce el despertar del deseo por el otro, deseo de mirarle y de ser mirada. Un despertar al que le sigue el interés por la vivencia gratificante de sí-misma, experimentada en comun-uni3n con el otro.

Al termino de ésta sesi3n les aconsejo que a lo largo del d3a permitan llorar a su hija todas las veces que ella manifieste ése deseo, sabiendo que la necesidad ir3 disminuyendo, poco a poco, e ir3 dando paso a un mayor sosiego en ella y en ellos. Llanto que debe de ser tolerado mientras ella manifieste desearlo y se encuentre en el regazo materno ó paterno.

As3 mismo les pido que transmitan a la fisioterapeuta lo que hemos comprendido hoy y la importancia de que, conducida por ella, la madre intervenga directamente en la aplicaci3n de los ejercicios y t3cnicas de estimulaci3n y que en ning3n caso deje de estar al lado de su hija, puesto que es en presencia de ella como la niña se sentir3 mejor y m3s estimulada emocionalmente.

Segunda sesi3n una semana despu3s.

T- ¿C3mo va todo?

M- La verdad es que es otra cosa ya, en general est3 mucho mejor. La sesi3n pasada ya estuvo riendo con la Fisioterapeuta y relacion3ndose.

P- Ha evolucionado mucho desde la semana pasada, se puede jugar con ella.

M- Se cuenta cosas a ella misma y ha descubierto que le gusta estar mas con los papis que con los demás.

T- Parece otra.

M- Lo es, lo es, la despertamos y nos cuenta cosas ó llora.

Mientras la madre habla, observo de nuevo la tendencia del padre a dormirla y se lo señalo y le invito a pensar sobre sus sentimientos en su tendencia a dormirla. El padre habla de su miedo y de sus experiencias infantiles conectadas con ésa tendencia.

P- Desde el momento en que nos comentó que no tenía ningún problema evolutivo la niña ha cambiado, no sé si por cómo le hablamos pero ella ha cambiado mucho. Antes le hablábamos pero no conseguíamos que nos mirase.

T- (Les señalo que su modo de mirarla ha cambiado).

M- Desde la semana pasada hasta aquí es como si hubiera despertado.

T- Ustedes también se sienten más relajados.

En esta sesión la madre está muy relajada y los dos llegan contentos y sonrientes. Hablamos del descubrimiento que han hecho sobre el despertar de la niña, directamente ligado al modo que ahora ellos tienen de representársela.

Hablamos de las dificultades acumuladas por la madre en los diferentes embarazos y pérdidas previas y el susto ante la experiencia de separación a la que se vivió expuesta después de dar a luz, puesto que se llevaron a Ana a la UCI.

Hablamos de la tendencia humana a reconstruir el apego, que también posee su bebé, aprovechando todas las situaciones interactivas adecuadas que le permitan llenarse del alimento afectivo del que no pudo llenarse antes. Tendencia promovida por el deseo, innato, de llenarse de una relación lúdica y tierna con su madre y su padre, que subsane el déficit de los dos primeros meses, y que ahora ya se ha puesto en marcha en ésta bebé.

La madre sintoniza con ésa perspectiva de la niña y con la tendencia reconstructiva que ahora se manifiesta y que ella experimenta entre ambas.

De ahí pasa a hablarme de su hija de 11 años, que está pidiendo atención como si fuera más pequeña. Les hablo de la ventana que se abre al pasado, en éstas ocasiones de nacimiento de un bebé-hermano, desde la transparencia psíquica que experimentan los hermanos, además de los padres, y de sus efectos.

Tercera sesión, tres semanas después.

La madre entra amamantando a Ana. Llegan sonrientes.

T- ¿Cómo va todo?

P- Estupendamente todas las semanas.

M- La verdad es que ahora ya cuenta muchas más cosas que antes. Ahora te provoca y te llama.

P- ¿Puede ser que nos reconozca?

T- Sí, completamente.

P- Es que si le dice algo yo ó mi mujer ó su hermana se ríe y si se lo dice otra persona, como mi hermana, la mira y se extraña.

T- Es otro buen indicio de desarrollo psíquico. El discriminar entre lo familiar y lo extraño, aun cuando no se hayan instalado aún otros niveles de discriminación. Observo que sigue con su tendencia a querer estar despierta y comunicativa.

M - Sí, de hecho cuando a veces la ponemos en la cuna se pone a llorar porque quiere

que la cojamos y en pocos minutos se duerme ó se calma (les recomendé que combinaran los periodos de dormirla en brazos con los de depositarla en la cuna para que ella le cogiera el gusto y se durmiera también con sus propios recursos).

T- Busca la interacción y ya no tiende a la hipersomnia.

M- Eso es, de hecho los fines de semana que estamos en casa y nos oye está más despierta.

T- (Les hablo del cambio de mirada que se ha producido entre todos, empezando por ellos).

M- Sí, es así, fue cambiar la mirada y cambiar la relación entre los 3.

5.5. Hablemos ahora de estos mecanismos de defensa precoces.

Desde los primeros tiempos de la vida, pocas horas ó pocos días después de nacer, pueden producirse desviaciones psicopatológicas precoces, en particular aquellas patologías psicosomáticas funcionales, entre las cuales se encuentran los cólicos del primer trimestre; los malestares y los espasmos respiratorios; los trastornos alimentarios neoanales ó los trastornos del sueño, y aquellas claramente comportamentales, que buscan activamente la huida de la experiencia de interacción emocional con el otro, mediante el evitamiento de su mirada y de su voz, y la búsqueda del refugio que provee el adormecimiento.

El estudio de estas patologías revela que se producen en el contexto de una sobrecarga compleja del sistema interactivo madre-bebé, desbordado por un exceso de excitaciones, ligadas a la angustia y/o a la depresión, que toma electivamente esas formas patológicas. Madres y padres frecuentemente atrapados en una experiencia ó en un estado traumático.

En éstas patologías encontramos la utilización de procesos intrapsíquicos y comportamentales de supresión de la expresividad y de la perceptividad de los afectos dolorosos, propios ó ajenos, presentes y percibidos en el contexto de la interacción generada entre la madre y el bebé (Palau, 2006).

Desviando su atención de la visión del objeto, el bebé evita que las manifestaciones emocionales de éste puedan ser observadas, procesadas y, finalmente, reverberar sensorial y emocionalmente en él a través de la resonancia corporal (llamada también “simulación encarnada”^v) que se produce al fijar la observación-atención sobre el estado emocional de otro.

Incapaz de evitar oírlo, tiene que dormirse para evitar escuchar sus palabras y sus sonidos cargados de una densidad afectivo-musical que podrían conmoverlo somato-emocionalmente. Pero también necesita desviar su atención del mundo emocional y sensorial interno en el que no dejan de infiltrarse las producciones emocionales del objeto que, a pesar de las defensas antipercepción, lo siguen impactando. En esta situación y en este tiempo, y aunque no son las únicas, la hipersomnia, el evitamiento intenso de la mirada y de la audición, se convierten en estas dos bebés en unas defensas muy precoces, desarrolladas para protegerse de una experiencia de relación emocional con efectos traumatógenos.

Tanto Ana, desde los inicios de su vida, como Carolina, especialmente ante la nueva exposición traumática sufrida en la 6ª y 7ª semana, se defienden del “juego interactivo” que puede atraparlas en una modalidad de dependencia emocional dolorosa. Evitan pues vivirse a merced de la relación con el otro y buscan suprimir la intencionalidad interactiva, para evitar una experiencia emocional compartida.

Es posible que la utilización de estos mecanismos de defensa tan tempranos, en co-participación con otros factores neurobiológicos y ambientales, pueda convertirse en algunos casos, por su cronificación, en un factor de riesgo que, de manera manifiesta ó latente, pueda contribuir al desarrollo de la patología autista.

Como hemos podido observar en estas bebés, estos mecanismos de defensa pueden comenzar a producirse dentro del primer mes de vida y seguir muy activos de manera más ó menos disfrazada. Situación que podría dejar al bebé ante el riesgo de una intensificación ó reactivación posterior que pueda comprometer su buen desarrollo y que nos obliga a intervenir muy precozmente, para evitar una desviación psicopatológica.

Aunque en estas edades su evolución no es predecible, el mantenimiento de estos y de otros mecanismos psíquicos antitraumáticos muy tempranos, representa un riesgo de desviación psicopatológica y psicósomática. De hecho, su tendencia a suprimir tanto la perceptividad de la experiencia emocional y sensorial, como de la expresividad, puede desembocar en una Alexitimia (Palau, 2010).

La desviación ó fragilización de la capacidad de comunicación afectiva, desde el ámbito de la perceptividad y desde el de la expresividad, podría derivar también en alteraciones del carácter y de un comportamiento sobreadaptativo e hiperactivo y a un déficit de atención.

La salida de esa desviación psicopatológica en ambos bebés se ha producido, entre otros motivos, a través de varias vías: permitiéndoles recuperar ó inaugurar la expresividad de su malestar somato-emocional gracias al llanto tolerado y compartido emocionalmente; cesando la tendencia parental de suprimirlo e introducir al bebé en un estado de calma, que no de satisfacción; modificando positivamente el estado emocional de los padres; desactivando los mecanismos intrapsíquicos de desconexión de la perceptividad y de la expresividad que se habían activado en el bebé y cambiando la representación del bebé que tenían los padres y el profesional.

5.6. Cerebro y psiquismo.

5.6.1. La plasticidad neuronal.

Aportes recientes de la neurobiología muestran que la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia y posibilitan salir de una visión estática de sistema nervioso. Los elementos más finos del proceso de transferencia de información entre las neuronas, o sea las sinapsis, sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida (Ansermet & Magistratti, 2006).

El conocimiento biológico que aportan estos conocimientos, permite objetivar la huella producida por la experiencia, bosquejando un puente entre la huella psíquica y la huella sináptica establecida en la red neuronal.

Las huellas se inscriben, se asocian, desaparecen, se modifican a largo de la vida por medio de mecanismos de la plasticidad neuronal. Estas huellas inscritas en la red sináptica determinarán también la relación del sujeto con el mundo exterior. La plasticidad participa en la emergencia de la individualidad del sujeto.

Si consideramos la experiencia como determinante en el devenir del sujeto, nos alejamos de un determinismo genético exclusivo que determina desde un inicio su destino.

La constitución de ésta realidad interna inconsciente, fundada sobre los mecanismos de la plasticidad, no es exclusivamente un fenómeno de orden psíquico, sino que también involucra al cuerpo. A las percepciones que dejan una huella en la red sináptica se asocia un estado somático.

Desde esta perspectiva, la percepción está asociada con un estado somático; y el recuerdo del estado somático asociado con una percepción contribuye a producir la emoción. La lectura o el recuerdo por sistemas neuronales particulares, del estado somático asociado a la percepción o a las huellas que esta última ha dejado en la red sináptica sería un elemento determinante en la experiencia emocional subjetiva.

El fenómeno de la plasticidad demuestra que la experiencia deja una huella en la red neuronal, al tiempo que modifica la eficacia de la transferencia de información a nivel de los elementos más finos del sistema.

Es decir que más allá de lo innato y cualquier dato de partida, lo que ha seguido por medio de la experiencia deja una huella que transforma lo anterior. La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas; y los cambios son tanto de orden estructural como funcional.

Siguiendo a Ansermet y Magistratti, el cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos con los actos del sujeto, por otro.

La plasticidad demuestra, según ellos, que la red neuronal permanece abierta al cambio y a la contingencia, modulable por el acontecimiento y las potencialidades de la experiencia, que siempre pueden modificar el estado anterior. Así pues, la plasticidad transforma considerablemente la opinión generalizada sobre la función cerebral y sus relaciones con el medio ambiente y la vida psíquica.

A la inversa de lo que parece sugerir la idea convencional de determinismo genético, la plasticidad pone en juego la diversidad y la singularidad.

El concepto de plasticidad discute con la antigua oposición entre una etiología orgánica y una etiología psíquica de los trastornos mentales; y altera los datos de la ecuación al punto de concebir una causalidad psíquica capaz de modelar a lo orgánico.

Es posible constatar lo mismo con respecto a la actualidad del problema de la epigénesis. En efecto, el nivel de expresión de un gen dado puede estar determinado por las particularidades de la experiencia. En el funcionamiento de los genes existen mecanismos que intervienen en la realización del programa genético y cuya función es reservar un lugar a la experiencia; al fin de cuentas, como lo expresa F. Ansermet, es como si el individuo se revelará genéticamente determinado para no estar genéticamente determinado.

El concepto de plasticidad lleva a imaginar una integración compleja entre una determinación genética y una determinación ambiental o psíquica. El genotipo de un lado, y la experiencia o el acontecimiento, del otro, constituyen dos dimensiones heterogéneas de la plasticidad.

La plasticidad íntegra genoma y ambiente en un mismo nivel lógico, habilitando con una nueva mirada sobre la etiología en la patogénesis de las enfermedades psíquicas, más allá del reduccionismo que implica la oposición habitual entre lo orgánico y lo psíquico.

Neurociencias, psicoanálisis y psicología, pueden ponerse en relación por medio de la plasticidad, respetando al mismo tiempo la existencia de elementos diferentes. Sólo este último modelo da cuenta del fenómeno de la plasticidad *donde lo psíquico marca lo orgánico y afecta a la materia*, pues deja huellas materiales, concretas, acordes con la experiencia (Ansermet & Magistratti, 2006).

La propiedad que dicha plasticidad neuronal confiere a nuestro cerebro es la de registrar de forma durable en los circuitos neuronales las informaciones provenientes de nuestro entorno, y permitir que las experiencias vividas por cada individuo dejen una huella en los circuitos neuronales, especialmente lo que las neurociencias contemporáneas llaman la memoria emocional. Así pues, estímulos procedentes del mundo exterior dejan una huella en la red neuronal bajo la forma de una modificación de la eficacia sináptica.

Parece totalmente justificado hablar de huella, no sólo en términos de mecanismos moleculares, sino también de huella dejada por la experiencia a nivel de la propia estructura de la sinapsis.

Se puede producir tanto un aumento como una disminución de la eficacia de la transferencia de información a la sinapsis y se puede hablar de una plasticidad de la expresión de los genes.

Ahondemos ahora un poco más en el ámbito de la empatía primaria bebé – entorno, pré y post-natal.

5.6.2. El sistema de las neuronas espejo.

En el año 1996, un equipo de neurocientíficos italianos liderados por el neurólogo Giacomo Rizzolatti, publicaron los resultados de unas investigaciones en las que se planteaba que el cerebro del mono contiene una clase especial de células, llamadas neuronas espejo, que se activan cuando el animal ve u oye una acción y cuando el animal realiza la misma acción por cuenta propia.

Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que, al nacer, los seres humanos también poseen neuronas espejo, que son mucho más inteligentes, más flexibles y más evolucionadas que cualquiera de las que se encuentran en los monos, un hecho que, para los científicos, refleja la evolución de las sofisticadas habilidades sociales de los seres humanos.

Según estas investigaciones el cerebro tiene múltiples sistemas de neuronas espejo que se especializan en realizar y entender no sólo las acciones de los demás sino sus intenciones, el significado social de su comportamiento y de sus emociones.

"Somos criaturas sociales - sostiene Rizzolatti - Nuestra supervivencia depende de entender las acciones, intenciones y emociones de los demás. Las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, no sólo a través de un razonamiento conceptual sino mediante la simulación directa. *Sintiendo, no pensando*".

Según estos estudios los mismos circuitos neuronales que intervienen en el control de la acción y de la experiencia en primera persona de las emociones y de las sensaciones están, desde que nacemos, activos también cuando somos los testigos de esas mismas acciones, emociones y sensaciones en los demás.

Percibir una acción es equivalente a simularla interiormente. Esto permite al observador utilizar sus propios recursos para penetrar de manera experiencial el mundo de los demás a través de un proceso de simulación directa, automática e inconsciente.

La emoción del otro es constituida, experimentada y por consecuencia directamente comprendida por medio de una simulación integrada que engendra compartir el estado del cuerpo. Es la activación de un mecanismo neuronal compartido por el observador y por el observado lo que permite una comprensión experiencial directa.

Un conocimiento así, adquirido por la experiencia de nuestro propio cuerpo nos permite comprender directamente algunas de las acciones efectuadas por los demás, y descodificar las emociones y las sensaciones que experimentan.

Paralelamente a la descripción sensorial de los estímulos sociales observados, las representaciones internas de los estados del cuerpo asociados a estas acciones, emociones y sensaciones son evocadas en el observador, "como si" el o ella cumpliera con una acción o sintiera una emoción o una sensación similares.

La simulación es integrada no sólo porque se realiza neuronalmente, sino porque se utiliza también un modelo corporal pré existente en el cerebro del bebé, realizado por el sistema sensorio-motor, que implica en consecuencia, una forma no proposicional (intencional) de representación del yo.

La posibilidad de compartir el contenido fenoménico de las relaciones intencionales de los demás, mediante bases neuronales compartidas, produce una puesta en relación intencional. Ésta, en retorno, fusionando las intenciones de los demás en aquellas del observador, produce esta calidad particular de familiaridad que mantenemos con los demás individuos. Es lo que para V. Gallese significa "estar en empatía" y para otros autores en "simpatía". Por medio de un estado neuronal compartido realizado en dos grupos diferentes que obedecen sin embargo a las mismas reglas morfo-funcionales, el "otro objeto" deviene un "otro yo".

Esto no es sin embargo válido para el conjunto de nuestros recursos cognitivos sociales. Las capacidades de interpretación más sofisticadas de nuestra mente requieren probablemente de la activación de amplias regiones de nuestro cerebro. Las mismas acciones realizadas en otros contextos diferentes pueden llevar al observador a interpretaciones radicalmente diferentes.

En consecuencia los estímulos sociales son también comprendidos sobre la base de la elaboración cognitiva explícita de sus aspectos contextuales y de una información anterior.

Sin embargo, estos dos mecanismos no son mutuamente exclusivos. La simulación integrada está basada sobre la experiencia, mientras que el segundo mecanismo es una descripción cognitiva de un estado externo de cosas.

La simulación integrada constituye la base a las actitudes de interpretación de la mente propositiva, más sofisticadas sobre el plano cognitivo. Cuando el primer mecanismo no está presente ó funcional mal, el segundo no puede ofrecer más que un resultado pobre e indiferente de las experiencias sociales de los demás.

5.7. Evitar confusiones en psicopatología perinatal:

Aunque puede existir una conjugación de ambos, para evitar confundir el origen de los trastornos psicopatológicos tempranos, es necesario intentar delimitar y diferenciar, en la medida de lo posible, los factores implicados en el origen de una psicopatología derivada principalmente de la experiencia intrauterina, de aquellos implicados en la interacción postnatal madre-padre-bebé.

5.8. El destino de una mirada.

La clínica de la psicopatología perinatal centrada en los primeros tiempos de la vida, nos evidencia la enorme trascendencia que tienen las miradas que rodean al bebé.

Miradas alegres en el afuera y en el adentro; miradas que sonríen a pesar de la carga de amargura que subyace detrás de ellas; miradas que ven, superpuestos, a varios bebés ó a un bebé muerto; miradas que sólo pueden ver un destino fatalista; miradas que se duermen con el bebé y comparten sus sueños; miradas que se entrecruzan sin llegar a encontrarse, porque las prisas por crecer y conquistar una independencia activa, les lleva a mirar a un horizonte de logros sensorio-motores o instrumentales sin encontrarse en cuerpo y alma; miradas detenidas o congeladas en la superficie de un cuerpo afectado por la enfermedad o por la discapacidad; miradas guiadas por expertos que protocolizan la concepción del ser bebé en base a respuestas fisiológicas, contabilizadas e interpretadas únicamente en claves neuro-evolutivas; miradas que lanzan una predicción negativa, sentenciadoras y vaciadoras del alma del bebé y de la de los padres, perdidos a partir de entonces en un espacio visual virtual, hecho de directores de conducta, sin que la miradas afectiva valga para algo, puesto que no es científica y no se apoya en escalas y medidas de respuestas neuromoduladas.

¿Pero quién puede asegurar la constitución y la conservación de una representación afectivizada del niño, cuando la que crecía en los padres ha sido subrogada, subyugada o desarraigada por una mirada pronostica negativa, numérica, mecánica ó pseudo-científica?

Tanto el yo del bebé como el del niño, atormentado algunas veces por una multitud de percepciones de vivencias y de manifestaciones negativas de sí, puede naufragar en la tristeza profunda y en la desesperanza por no encontrar en él/espejo la representación sentida de un *ser amable*, en el sentido de lo afectuoso y en el sentido del que puede ser amado.

La desesperanza de no poder encontrar en él esa mirada-representación de sí, puede conducirlo a la auto-recriminación, a la auto-desestimación, a la renegación y al abandono de un sí-mismo que quede expuesto al desprecio y a la destructividad de un Yo que se empeñe en desaparecer y en abandonarse para intentar salvarse de la decepción primordial producida por la perdida de una concepción *amable* de sí y para el otro. Tendencia desde la que tratará no sólo de hacerse desaparecer, sino también de eliminar las huellas amables que pueda haber dejado.

¿Cómo miramos y nos sentimos mirados? ¿Qué sentimos al depositar nuestra miradas sobre el espejo del alma del que nos mira o nos rehúye la mirada? ¿Qué nos conmueve? ¿Qué nos asusta o nos produce pánico? ¿Qué es lo que no queremos ver? ¿Qué es lo que no nos atrevemos a imaginar en el interior de la mirada del bebé o de la de sus padres?

En la Jornada Científica^{vi} de ASMI WAIMH España, dedicada a las neurociencias y la salud mental infantil, el Prof. Giovanni Buchino^{vii} nos decía que la estimulación neuronal, mediante representaciones virtuales de escenas ofrecidas en el ordenador, permitía

estimular conjuntos de neuronas implicadas en las acciones e intenciones observadas por el sujeto.

Constatación que recuerda aquella que se produce en la clínica, en torno a la estimulación psíquica y afectiva que el terapeuta puede promover en el niño y su entorno, desarrollando representaciones vivas y renovadoras que ellos puedan percibir en su “mirada” y con las que se puedan identificar.

Aunque también puede producir un efecto contrario al abordar al bebé, al niño ó a la familia desde unos modelos teórico-clínicos que los desnaturalicen a partir de unas concepciones teórico-científicas artificiales, que busquen encajar al Ser dentro de una mirada teórica que dañe su representación amable e impida su mejor crecimiento libre y singular.

Creo que la mirada del cuidador, psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, educador, médico etc., que no se detiene ni se desvía de lo valioso y sinceramente *amable* que “percibe” en el bebé, en el niño y en sus padres, se convierte en el sostén-espejo necesario para que éstos desarrollen su confianza en una capacidad propia, sentida, de amarse y disfrutarse.

Desde cualquier posición que ocupemos en nuestra relación con el bebé, el niño ó los padres, debemos de proteger el desarrollo de una percepción identitaria amante del sí-mismo.

5.9. REFERENCIAS

- Ameisen, J.C. (2002). Incidences du psychisme sur les troubles somatiques graves chroniques. 5^o Colloque de Pédiatrie de psychanalyse. *Édition Études Freudiennes*.
- Ansermet, F., & Magistrati, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Editorial Katz.
- Golse, B. (2006). *L'êre-bebé*. Ed. Puf. Paris.
- Golse, B. (2010). *La naissance de l'objet*. Ed. Puf. Paris.
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Ed. Puf. Paris.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Ed. Delachaux et Niestlé.
- Larbán, J. (2010). El proceso autístico en el niño : Intervenciones tempranas. *Revista n° 75 Psicósomática y Psicoterapia Médica*. Madrid : Ed. Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2010). Psicósomática y autismo en el niño pequeño : interacción, afectos y audición ». *Revista n° 74, Psicósomática y Psicoterapia Médica* del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2009). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé, publicado en *Revista Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, Numero 12.
- Palau, P. (2010). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica? *Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica*. Ed. Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica, n° 73.
- Palau, P. (2007). Factores agravantes de la diabetes infantil. *Revista Iberoamericana de Psicósomática*, n°8 de Diciembre. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2007). Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno. *Revista de psicósomática y psicoterapia médica*, n°1. Ed. Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Revista de psicósomática, y de Psicoterapia médica*, n° 61.
- Palau, P. (2000). Bebé en riesgo: mamá no nos vemos, publicado en la *Revista Iberoamericana de Psicósomática* en el 2000.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferran,t A., Gerofieff, N., & Roman P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Edit. Elsevier-Masson.
- RIERA, R. (2010). *La connexió emocional . Formació y transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment*. Ed. Octaedro. Barcelona.
- Rizzolatti, G., Fogassi, F. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. *Perspectives. Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- Rizzolatti, G., Arbib, M.A. (1998). Language within our grasp, *Trend Neurosci* 21, 188-194.
- Soulé, M. (1999). La vie du fétus. Son étude pour comprendre la psychopathologie perinatales et les prémices de la psychosomatique. *Psychiatrie de l'Enfant*, XLII, 1, p. 27 a 69.
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1990). *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Kreisler, L. (1992). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Ed. Dunod. Paris.
- Kreisler, L. (1996). Pathologies fonctionnelles néonatales alarmantes. In: A propos de l'enfant et son corps. *Revue Française de Psychosomatique*.
- Szwec, G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Le Fil rouge. Ed. PUF. Paris.

CAPITULO 6. TRAUMATISMO PRECOZ EN EL BEBÉ, POR SUFRIMIENTO MATERNO. UN CASO DE TRASTORNO ALIMENTARIO.

Artículo: Palau, P. (2007). Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno. *Revista de psicopatología y psicoterapia médica*, nº1. Madrid: Ed. Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica (IEPPM).

6.1. Resumen.

Este artículo trata de la posición de inermidad, altamente receptiva, del bebé expuesto a un mundo emocional de sufrimiento parental inasimilable y traumatógeno. De los procesos de defensa utilizados tempranamente y de sus consecuencias, ambos en el origen de la depresión esencial. De la importancia de un abordaje terapéutico pluridisciplinar para socorrer el mundo emocional parental y del bebé, junto a una psicoterapia de la triada.

Palabras clave:

Sufrimiento materno, traumatismo precoz, trastorno alimentario en el bebé, depresión esencial, psicoterapia padres-bebé.

6.2. Introducción.

El caso que voy a exponer, tratado en un ámbito hospitalario, pertenece a las patologías seriamente comprometidas por una etiología psicopatológica, cuya gravedad exige un esfuerzo psicoterapéutico y de equipo muy superior a lo habitual.

La semiología que emana de la experiencia traumática precoz de este bebé, así como la detectada en la organización materna y paterna, desde el tiempo de gestación, y por reencontrarse en otros casos, podrían conformar el *Síndrome Traumático del Bebé por Sufrimiento Materno*.

6.3. Primeras manifestaciones del trastorno:

Cuando Ana tenía 15 días, dos días antes de quedar hospitalizada en neonatología, comenzó a vomitar con fuerza todas las tomas poco después de haberlas ingerido.

Desde que nació y hasta ese momento había tomado muy bien, con ganas y sin dejarse ni una gota. Tanto el hermano, de dos años, como ella comenzaron a vomitar el mismo día aunque el inicio de los vómitos en Ana fue posterior en cuatro o cinco horas a los de su hermano.

Un contagio por rotavirus fue el motivo, inicialmente contemplado por pediatría, para explicar los vómitos en los dos. Después de varios días, con una dieta, el niño volvió a la normalidad y desaparecieron los vómitos, mientras que en Ana se intensificaron.

Ingreso

En su ingreso presenta un buen aspecto general.

En el 1º día no tolera nada. Regurgita con fuerza Esa noche no toma nada. Deposiciones un poco más blandas

En el 2º día no hay vómitos ni deposiciones aún que se la ve nauseosa. *Tiende a estar dormida.* Toma poco y por la noche presenta fiebre.

En el 3º día su aspecto es regular, pálida, quejumbrosa, tiene febrícula. Disminuye la actividad. Vomita alguna toma aunque las otras las tolera bien.

En el 3º y 4º día está peor y toma más despacio. *Cada vez está más dormida.*

En el 5º día toma despacio. *Aumenta el adormecimiento.* A la hora de la toma se duerme, no quiere y si se la fuerza vomita. *La hipersomnia resulta llamativa.*

En el 6º día comienza a darle la madre. Está más despejada. Toma bien el biberón y luego vomita. Se sospecha estenosis pilórica. *Las siguientes tomas las vomita todas y está muy dormida por la noche.*

El comentario de la enfermera que la atendió hasta ése día fue: *“la niña se dormía mucho. Empezó vomitando y después se dormía; la obligábamos, no quería de toma a toma, y si no la obligábamos no pedía”.*

En el 7º día come poco. Sin fiebre. Toma lento y tiene vómito en escopetazo. Mejora su aspecto general. Se acaba los biberones pero después los vomita con leche sin digerir. Por la noche tolera y se acaba el biberón

8º día, pasa a la cuna de la habitación individual con la presencia, constante ya, de la madre:

Está muy intranquila al llegar la tarde y por la noche se pone a llorar intensamente, vomitando todas las tomas que se le ofrecen. El pediatra de guardia acude y practica suaves masajes en el vientre para intentar aliviar lo que piensa puede ser un intenso dolor por cólico del lactante. Este llanto permanece hasta las 3 de la madrugada cuando, agotada, deja de llorar y se duerme profundamente. La toma de las 6 del día siguiente, que le ofrece una enfermera, la tolera bien, dormida.

En el 9º día tolera los biberones que le administra la madre aunque se la observa de nuevo muy dormida. Esa noche está muy intranquila y llorona y vomita dos biberones. Tras los vómitos se niega a seguir.

En el 10º día se la ve intranquila. Toma bien el de las 9 y el de las 12 no se lo termina. Por la noche está muy intranquila. Después del biberón de las 24 se duerme.

En resumen vemos que, tras un primer cuadro de intensos vómitos, desaparece el hambre y se instala una intensa hipersomnia que señala un proceso depresivo muy precoz.

Se trata de un movimiento de repliegue antitraumático que afecta, simultáneamente, al investimento pulsional de las percepciones de afectos procedentes del objeto materno y a aquellas funciones y estímulos procedentes del propio cuerpo.

También podemos observar cómo el reencuentro con la madre, a cargo de quién ella va a quedar a partir del 8º día de ingreso, produce intensos trastornos que se expresan con una intensa *reactivación del vómito, un llanto inconsolable, significativo de mucho dolor y un comportamiento muy agitado en el dormir que contrasta con el comportamiento adaptado y*

dócil de la vigilia y de las noches anteriores. Trastornos, todos, producidos por la experiencia de reexposición ante la recepción de contenidos emocionales traumatógenos, procedentes del objeto materno.

Los mecanismos de defensa que busquen, en ésta época, la desactivación de la experiencia interactiva traumática con el objeto y el ser propio, producirán un desahucio de la experiencia afectiva compartida y del marco de la temporalidad mediante el que el sujeto puede desarrollar su experiencia de continuidad, comprometiendo la instauración del narcisismo primario, ligado al sentimiento del sujeto de ser él mismo a lo largo de un determinado tiempo^{viii}.

El alta

A los 16 días, con algún vómito aislado, es dada de alta después de haberle practicado, entre otras pruebas, unas analíticas que señalaban una infección por rotavirus, aunque no se habían presentado las diarreas que suelen acompañarla, y una punción lumbar que descartó una infección de meningitis.

Sin embargo, a los pocos días, vuelven a reintensificarse los vómitos y debe de ser reingresada. Sus pediatras, que han detectado en los padres un comportamiento especialmente irritativo y angustioso, solicitan una intervención psicosomática.

Primera entrevista.

Cuando llego, acompañado del pediatra de guardia que tiene interés en asistir como observador, encuentro al padre en el pasillo, mientras la madre de pie y cerca de la ventana, acompañada de una auxiliar, ha comenzado a alimentar con biberón a Ana.

La bebe se encuentra succionando lentamente del biberón.

Su mirada es inexpresiva, fría, absorta en otro espacio ajeno al de la posible interacción emocional con su madre e indiferente a los comentarios que ésta mantiene con la auxiliar.

Comienzo a preguntar a la madre por la toma de su hija y al cabo de unos minutos la niña vuelve su mirada hacia ella. Señalo a su madre este movimiento diciéndole que la niña parece sentir el gusto de observarla. A lo largo del rato que permanezco cerca de la madre y de la niña, procuro hablarle de esa mirada atenta y delicada que la niña seguirá sosteniendo largos minutos.

Al llegar el padre y observar mi atención a su mujer, que me habla de la pequeña, él comienza a hablarme de las grandes dificultades con una hija que no quiere comer, que vomita y con la que hasta ahora nada se ha resuelto.

Aunque lo atiendo, procuro seguir manteniendo mi mayor atención sobre la madre para investir a esta como principal interlocutora y garante de la comprensión y cuidados de la bebe.

Observo que el padre, portador de una intensa angustia y de una intensa violencia, es una fuente de sobre-excitación para la díada madre-bebe.

Desde el primer momento responsabiliza a su mujer de la situación de la niña.

Al observar que la niña ya no succiona apenas, recomiendo a la madre que deje de insistir y le señalo los tiempos que he podido observar. Le señalo que en el primero, aunque sin muchas ganas, Ana ha succionado bien mientras que en el segundo ha dejado de succionar y ya no existe interés por el alimento. Le digo que, por ahora, es conveniente

detenerse al final del primer tiempo, sin terminar de saciarla, hasta la siguiente toma.

Poco después la madre deposita a la niña en la cuna y sigue hablando de todos los momentos difíciles que ha tenido que enfrentar desde los tres meses de embarazo de la niña, dejando bien claro que ella deseaba tener varios hijos y ese embarazo había sido plenamente deseado. Entonces me explica que al llegar al tercer mes de embarazo comenzó a sangrar con amenaza de aborto. Después de unos análisis se le comunicó el riesgo de tener un bebé con malformación por espina bífida. Se le recomendó reposo.

El momento de esta comunicación fue especialmente traumático ya que a partir de ese momento, temerosa de dar a luz a “un monstruo”, dejó de investir y abastecer libidinalmente el sueño de un bebe sano y vital:

“yo no le hablaba como con el niño y me sentía culpable, y no me la imaginaba, no podía imaginármela, no como con el niño, no sabía con lo que me iba a encontrar”, me dice .

Las fantasías monstruosas dieron paso a un intenso rechazo del deseo de tenerlo. Esperó a que en las siguientes exploraciones se le confirmara la deformidad del feto para acceder, con toda legitimidad, al aborto.

Inesperadamente las pruebas complementarias no lo confirmaron, aunque tampoco lograron eliminar definitivamente, el fantasma.

La madre continúa hablando de sus terribles pensamientos, mientras la ayudo a utilizar la palabra muerte: del riesgo de muerte; del deseo de desembarazarse de ésa bebe, que no pudo realizarse por la falta de una observación ecográfica que recomendara el aborto; y finalmente de la fantasía, portadora del deseo, de que naciera muerta.

Le puso el nombre de una niña, conocida de la familia, que va en silla de ruedas debido a una parálisis por espina bífida. Asignación de nombre, próxima al proceso que interviene en los niños de reemplazo.

La palabra muerte acaba recordando a la madre que, a los 17 años, ella estuvo gravemente enferma de meningitis.

Mientras la madre sigue hablando de un período en el que ha vivido unos sentimientos temibles, el padre se desplaza hacia la cuna para volcarse sobre la bebe diciéndole cosas.

Es evidente que el padre, disgustado y muy excitado por el desbordamiento de su angustia ante el relato de su mujer, ha tenido que cambiar de lugar. Después de unos minutos hablando y cogiendo a la niña, termina por sentarse a su lado mientras la toca.

Minutos más tarde, coincidiendo en que Ana empieza a llorar, decide cogerla en brazos y sacarla de la cuna para comenzar, claramente agitado, a moverla apoyándola sobre su pecho mientras le da unas palmaditas fuertes en la espalda.

Le recomiendo que la deje en la cuna y le comento que la niña puede llorar y al mismo tiempo vivirse acompañada por ellos. La deposita y ésta comienza a llorar.

Le señalo entonces que parece haber ido a coger a su hija en un momento en el que el parecía encontrarse especialmente afectado por todo lo que estaba relatando su mujer y le digo que los padres podemos ir a consolar a un bebe o buscar el consuelo de éste para calmar nuestra angustia.

Mientras, Ana sigue llorando cada vez más fuerte y su llanto va llenando como tercera voz el relato y la profunda e intensa experiencia emocional de sus padres.

En torno a éste llanto tan intenso, la madre me habla de que su marido no quiere que ella se queje de su malestar, dice que el no tolera que ella se queje y ella procura no hacerlo. Habla de su incapacidad para llorar a lo largo de todo el embarazo.

Sufrió de intensas y frecuentes crisis de vómitos *“pensando en lo que llevaba dentro, un monstruo, algo deforme”*. Tan intensas fueron que tuvo que acudir en alguna ocasión al servicio de urgencias para que atendieran sus ojos al rojo vivo. Dilatados, inflamados, bañados en sangre *“porque se me reventaban las venas de los ojos y yo no me veía”*, se convertían en una fuente de dolor insoportable que se sumaba a otro dolor de las piernas que la dejaba sin poder andar. Dolor nunca llorado. Ni una lágrima, sólo desamparo, pánico, fantasías de muerte, soledad, la prohibición de llorar y meses sin poder dormir debido a un insomnio que aún permanece.

En ese momento de la entrevista, el padre dice que llorar no sirve para nada. Según él, llorar empeora las cosas porque uno puede deprimirse. Insiste en que lo que hace falta son hechos concretos que aporten soluciones.

Le señalo entonces su profunda angustia y su sensibilidad y le digo que si él pudiera llorar se sentiría mucho mejor.

Mientras hablamos Ana sigue llorando, llenando de sus lágrimas y emociones nuestras palabras. Se trata de una experiencia dura. La angustia que el llanto de su hija despierta en ellos y en nosotros es muy intensa.

Es una situación en la que el llanto, que contiene momentos de una gran violencia, acaba en una experiencia de tristeza y recogimiento cálido que conduce a la bebé a dormir, cuando su madre, invitada por mí, la coge en brazos y la apacigua.

En ése momento el padre relata un episodio de gran malestar, coincidiendo con el 7º mes de gestación, al que ya se había referido antes la madre. Y dice:

“Yo tenía un fuerte dolor dentro de la cabeza, era mucho dolor y me caían las lágrimas. No me podía ni sujetar, era muy fuerte todo. Eso me tumbó, no podía ni hablar, estuve para enterrar. Y al final tenía una sinusito-faringitis. Mi mujer tenía que sujetarme porque me derrumbaba”.

Poder aceptar la angustia y el llanto de su hija, que desde que nació tampoco había llorado, es el camino para poder acceder a la angustia que los habita y a la aceptación del recurso de llorar como expresión y alivio de un desconsuelo en busca de amparo.

La ternura está disponible cuando el llanto, expresión de dolor, busca el calor de otra piel que también puede llorar.

Pero en este momento, en que las emociones son tan reconocibles, el padre intenta sacudírselas de encima. Plantea, de manera violenta, que no ve cómo todo esto va a poner bien a su hija y no sabe cómo yo voy a poder hacer algo.

Después de éste nuevo momento de tensión, que procuro contener con firmeza, va instalándose un nuevo clima emocional que permite despedirnos, hasta la próxima visita, de manera cordial.

El padre se encuentra claramente relajado, aliviado del peso enorme de la auto-exigencia de tener que ser inmune al dolor emocional y la madre también se encuentra mucho más relajada y deseosa de que volvamos a vernos.

Al final de la entrevista, después de identificar indicios psicossomáticos claros de riesgo de patología post-natal, presentes en el tiempo de gestación, pienso que la aparición de los vómitos de Ana tiene un doble enlace: la exposición al contagio por rotavirus y la percepción inasimilable del sufrimiento de una madre muy afectada por una angustia traumática, que se reaviva en el contexto de una intensa depresión esencial^{ix}, que aún tiene

sus manifestaciones en lo somático con la permanencia de un sangrado, de una grave alteración del sueño por insomnio y de la imposibilidad de llorar, así como de unos intensos dolores hemorroidales resistentes a los analgésicos.

Segunda entrevista:

Al día siguiente me encuentro con unos padres más relajados, la madre me dice que la niña, come mejor. Esta más tranquila y ya no se mueve rehuyendo el biberón. Me dice que el comportamiento de la niña vuelve a ser como el que tenía en los primeros 17 días de vida.

Al final de la sesión, mientras saca a la niña de la cuna para alimentarla, la madre me pregunta por qué he ido a verles si es domingo. Le contesto que era necesario y ella se pone a llorar mientras la niña toma su biberón y yo me despido de ellos.

Una hora más tarde al llamar por teléfono para matizar algunas indicaciones, la enfermera me dice que desde que me fui, la madre no ha dejado de llorar.

Al colgar pienso, que en esta toma, la niña ha podido alimentarse de la capacidad de enternecerse y llorarse de su madre.

Algunos datos de interés sobre la infancia de la madre:

Padeció anorexia infantil severa. Largos periodos de enfermedad y encierro por angustia-fóbica e hipocondríaca “por procuración” de su madre, que ejercía un gran dominio maltratador sobre la niña. Con motivo de la varicela permaneció 2 meses confinada en su habitación.

Su abuela no quería que su madre se casara alegando que no habría nadie para cuidar de ella. En un encadenamiento transgeneracional se produce un apoderamiento de las niñas y una exclusión radical de los padres “malos”. Las niñas deben de consolar a las madres sufridoras.

El alta:

Catorce días después de un intenso trabajo psicoterapéutico con la triada, la niña se encuentra comiendo tan bien como en los primeros 15 días después de nacer. Se lo toma todo, no existe ningún signo de rechazo, ninguna regurgitación y la interacción con la madre es de buena calidad. Los ciclos del dormir son adecuados y la madre se encuentra muy contenta de la estabilidad lograda y del gusto que le produce alimentar a su hija.

Pienso que el trabajo que queda por hacer para seguir tratando la grave situación parental, puede continuar desde consultas externas y recomendando el alta.

5 días después se produce el reingreso.

El mismo día en el que anuncio a la madre que al día siguiente pueden marcharse, la niña comienza con regurgitaciones.

En el primer día del alta comienza a tomar menos y en el 2º día rechaza las tomas.

Reaparecen los vómitos que se intensifican, el sueño nocturno se vuelve agitado, evita la mirada y tiende al adormecimiento.

Esta tendencia al adormecimiento se manifiesta de modo notable en los primeros días del reingreso. Permanece muy dormida a lo largo del día y se duerme ó no se despierta ante algunas tomas.

El equilibrio emocional parental, especialmente el de la madre, es tan delicado que no ha soportado vivirse reexpuesta a las condiciones y a los recuerdos, angustiosos generadores de desorganización psíquica, con los que se ha reencontrado al regresar a

casa.

La niña percibe, rápidamente, la emoción interna de su madre que se angustia ante el anuncio, deseado, de irse a casa. El resultado de ésta receptividad podemos verla en las regurgitaciones que aparecen el día en el que a la madre se le anuncia el alta y en la disminución de la cantidad tolerada a partir del día siguiente.

Ésta alta capacidad para percibir se produce, en general, de manera sistemática desde el momento del nacimiento, aunque es, frecuentemente, unos días más tarde cuando se produce una respuesta más organizada por un psiquismo capaz de dotar de una significación más precisa a las señales emocionales e interactivas procedentes de la madre.

Después de constatar la persistencia del rechazo a alimentarse con la madre, indico, con el pleno consentimiento de los padres, que sea enfermería quien se haga cargo de las próximas tomas, siguiendo un procedimiento suficientemente experimentado en la Unidad, a lo largo de un periodo que puede oscilar entre uno y dos días.

Cuando al día siguiente del ingreso, comunico a la madre que debemos de tratar ciertos dolores emocionales e inquietudes que ellos aún no han podido elaborar, ésta me dice, sorprendida y contrariada, que ella está procurando olvidarse de todo ello y que lo consigue no pensándolo.

6.4. La dificultad para mantener nuestro criterio de intervención, está ligada a la incredulidad que genera en los padres la comunicación de que puede existir un nexo directo entre el trastorno manifestado por el bebé y el estado emocional de ellos y en particular el de la madre.

Es especialmente necesario ayudar a la madre a entender la existencia superpuesta en ella, de dos niveles de experiencia emocional:

- Por una parte la manifestación consciente y persuasiva de las ganas de irse a casa.
- Y por otra, unos contenidos intrapsíquicos, generadores de un estado emocional angustiado **que la desbordan silenciosamente, sin signos psíquicos positivos**, produciendo una alta reactividad en el bebé.

Esta comunicación va a repercutir en las creencias que la madre tiene sobre lo que sucede entre ella y su bebé, considerado hasta entonces falto de una percepción discriminativa de aquellos sentimientos que ella procura hacer desaparecer.

¿Cómo, un bebé que pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, que no ha llorado casi nunca, puede estar sintiendo y padeciendo en sus carnes y en su psiquismo inmaduro algo que ella logra dejar de percibir en sí-misma a fuerza de no pensarlo?

Este ser, tan aparentemente pasivo y dependiente, se vuelve de pronto, un testigo directo muy sensible y activo al denunciar, mediante trastornos muy variados, la existencia de un mundo emocional parental inasimilable.

Rescatar y poner nombre a un sufrimiento que circula entre la díada madre-bebé ó entre la triada, permite cuidar no sólo la salud física y psíquica del bebé y de la madre, también permite instaurar una simbiosis de mejor calidad entre ambos.

En estas situaciones encontramos, frecuentemente, la repetición de un estado patógeno de indiferenciación primitiva entre la madre y la abuela muy alejado del proceso

de simbiosis del que emana una empatía diferenciadora del estado emocional del bebé.

Al ayudar a la madre a entender que la alteración psicosomática de su bebé expresa un malestar emocional, éste se convierte, para ella, en copartícipe de una intencionalidad interactiva.

Después de unos días de ingreso recomiendo a la madre que, en algunos momentos, vuelva sola a su casa, para observar cuidadosamente las sensaciones, sentimientos y pensamientos que experimenta allí.

Éste es un fragmento del primer comentario, de una serie de momentos relatados que van a permitirle reaccionar, poco a poco, a lo traumático:

M - “He estado en casa y me sentía muy bloqueada, desconcertada. Me he dado cuenta, estos días, que algo me pasaba... antes me daba cuenta, pero no tanto. (...)

M - Lo que más me ha impresionado es el cuarto donde le daba las tomas a la nena. Lo que pasa es que he perdido los papeles, no sé lo que me pasa.

P - No tienes por qué ser tú.

M - Llevo mucho tiempo sin dormir, meses, y no sé como una persona puede aguantar tanto tiempo sin dormir.

Sabemos que las patologías psicosomáticas infantiles se encuentran, frecuentemente, asociadas a graves trastornos del sueño en las madres.

El grave insomnio de ésta madre quedó resuelto en éste ingreso y voy a resumir dos momentos que explican ése cambio.

El primer momento se produce gracias al efecto de arropamiento y contención que el equipo le dispensa, desde un investimento tierno y maternal, especialmente en los días en los que se ha iniciado la alimentación de la niña a cargo de enfermería. Alimentación que provisionalmente es delegada en un tercero para rescatar a la diada de un momento traumatógeno y obtener un tiempo que permita reconstruir una modalidad relacional más lúdica y tierna entre la madre y su bebé.

En esos días, de forma espontánea, algunas enfermeras y auxiliares charlan con ella, le hablan de sus propias dificultades como madres, le preparan infusiones de hierbas, la miman. La madre se siente muy agradecida y relaciona, espontáneamente, la incipiente mejoría en la aparición de las ganas de dormir, con las atenciones recibidas de parte de un equipo que se comporta como una madre cálida y afectuosa con ella:

“Ahora tengo la sensación de sueño. Sin embargo en todo el embarazo tenía insomnio y no dormía ni de noche ni de día”. Dirá ella.

Ése acercamiento ayuda a rescatarla de la vivencia de angustia-desamparo que ha venido experimentando desde un año atrás.

Se trata de una labor que le permite sentirse investida afectivamente y fomentar en ella una reanimación del proceso de reinvestimento libidinal de su narcisismo primario con el resultado de un reinvestimento tierno de su propia hija.

En consecuencia, cuando lleva dos días sin vivirse expuesta al angustioso momento de alimentar a su hija, comienza a despertarse el hambre en la niña y ésta está menos tiempo dormida. De éste modo vemos que junto a la aparición de unas ganas de dormir en la madre, se produce un aumento de las ganas de comer en la niña y de estar más tiempo despierta.

El segundo momento, enlazable con el anterior, está ligado a la disminución de la supresión emocional en la madre, que se manifiesta al enfadarse ésta con una auxiliar.

Echo que ella relata del siguiente modo:

“Anoche me quedé dormida y no me desperté. Se ve que con todo lo que exploté. Me sentía temblar por dentro y con el primero que vino descargué mi enfado. Y cenando me quedé dormida. No me di cuenta. Ya hacía más de un año que no me quedaba profundamente dormida y esta mañana me he despertado muy bien”.

Al preguntarle por lo que ella relaciona con el enfado que siente esa tarde, me dice:

*“Mis padres no querían que yo estuviera aquí, querían que yo me fuera. Vienen y me perjudican con esas malas caras. Y me piden que se le hagan más pruebas a la niña. **Mi madre viene para que yo no padezca pero me lo hace pasar mal porque ella no deja de padecer. Mi madre es madre pero no comprende mis intuiciones. Es muy extremada, muy dramática, me pone malas caras y cuantas más malas caras, yo peor”.***

El acceso al dormir profundo, que permanece en los días siguientes, viene precedido, desde días atrás, por una vivencia de claro decaimiento, incluso del sentimiento de derrumbe depresivo que se produce sobre todo a partir del momento en el que, con su acuerdo y el del padre, se la separa de la niña en el tiempo de alimentarla.

Dos contenidos emocionales irrumpen pues de forma clara en éste segundo tiempo:

El acceso a una experiencia depresiva que ya estaba experimentando desde hacía días y el estallido de un enfado desencadenado por la escasa información de enfermería en torno a la toma de la mañana y también porque, según ella, "le estábamos quitando a su hija".

Vemos que en ausencia de la modalidad de relación fusional, que le permitía apuntalarse narcisísticamente en su bebé, se manifiesta la grave depresión mantenida en silencio en el último año y se produce un movimiento de reintrincación pulsional, manifiesto en la agresividad, que la rescata de la violencia enmudecida.

La vivencia de separación, en el momento de alimentar a la niña, produce una experiencia de pérdida que genera un efecto indignante por una parte y altamente sosegador por otra.

La experiencia, muy temida por ella, de derrumbe depresivo, la libera de unas defensas maniacas, *le permite experimentar* la tristeza, el agotamiento y finalmente muchas ganas de dormir sabiendo que otra persona asegura la toma de la noche.

Por fin, “puede derrumbarse” sintiéndose recogida por el equipo, sin temer dejar desabastecida y matar a su hija. Si la hija desaparece, no es porque ella desee hacerla desaparecer, sino porque otro se la arrebató. Situación que le permite experimentar la pérdida involuntaria, el deseo de recuperarla y el avivamiento de unas inversiones tiernas hacia la niña.

En los días siguientes ella comenta: “ahora tengo un sueño que me caigo. Aunque me duermo tan a gusto que me siento culpable, como si hiciera algo mal”.

Esta dinámica de sueño profundo se mantendrá en las siguientes semanas.

Poco a poco se va vislumbrando la intensa ambivalencia que existe detrás de unas expresiones sufrientes y remisas.

Detrás de la dificultad para confiar se asoma una inercia negativizante. Nada va bien y ningún vínculo sirve verdaderamente. Ésta tendencia ha permanecido oculta detrás de las manifestaciones de angustia y desamparo. La soledad manifestada contiene otros motivos que la falta de objetos adecuados, contiene una tendencia a desestimar a los objetos cuando éstos no pueden ser controlados.

Aunque también vemos el debate que mantiene con una madre-abuela, “sufridora”, que se opone a su decisión de confiar en nuestro equipo y a su deseo de querer inaugurar un nuevo estilo de maternaje que no repita la intensa inercia de dominio que la mantuvo tan controlada y encerrada en casa. Una madre-abuela que según dice la hija “*si estaba bien sufría por si caía enferma, y si estaba enferma se enfadaba*”.

Cuando la niña recupera el hambre de comer también reclama a su madre como objeto alimentador.

Cuando la niña es rescatada de la situación traumatógena y vuelven sus ganas de comer, éstas lo hacen de forma simultánea a las ganas de madre. Ilustraré este hecho con algunos de los momentos en los que pudimos verlo.

Algunos días más tarde de ésta segunda intervención, cuando la niña ya se encuentra comiendo muy bien con la madre, observamos que en la toma de la tarde, que la madre había delegado en enfermería, la niña había tomado mucho menos. Las tomas anteriores eran de 120 y ésa había bajado a 45, mientras que las siguientes, que volvía a suministrar la madre, volvían a ser de 120.

Esta misma observación pudo hacerse en los dos días siguientes, en torno a una toma que la madre necesitaba delegar para poder irse unas horas a su casa. En una toma disminuyó a la mitad y en la otra simplemente no quiso, aunque al volver la madre volvió a tomar bien.

En éste momento en el que la bebé tiene **1 mes y 25 días**, se hace evidente que ahora que ha recuperado el gusto por su madre, la echa de menos cuando no es ella quien la alimenta.

Otra evidencia, de éste proceso, se manifiesta en los dos ingresos que se producen a las edades de **3 y 5 meses**.

En estos dos reingresos la niña ya rechaza violentamente con su cuerpo y sus manos el brazo de su madre que sostiene el biberón, aunque fuera de la alimentación, su actitud es muy cordial y sonriente con ella a pesar de la evidente tristeza depresiva que se acaba observando en sus ojos.

Después de intentar reconducir la situación alimentaria con la propia madre, es enfermería quien debe finalmente, de nuevo, hacerse cargo produciéndose la siguiente secuencia:

En las 2 ó 3 primeras tomas llora intensamente y acaba rechazando sin tomar. En las 2 ó 3 siguientes sigue llorando al principio aunque acaba tolerando tomar. En las 3 ó 4 de después, sin llorar, toma ya con ganas **pero** en las siguientes, en las que sigue sin llorar, toma menos ó deja de tomar.

Llegados a ésta última manifestación deduzco que debe de estar reclamando a su

madre y se la devolvemos. A partir del momento en el que la madre vuelve a darle, la niña continúa tomándose todo hasta el alta, unos días después.

También en ésta secuencia se hace evidente el reclamo de madre que se produce cuando la hemos vuelto a rescatar de la angustia traumática y recupera el hambre y el gusto por la comida^x.

Para que este proceso pueda instaurarse, no sólo tratamos el estado traumático de la madre, también exponemos a ambas a pequeños tiempos de separación en los que pueden echarse de menos y, en el caso de la madre, en el primer ingreso, enfadarse con nosotros y quedarse profundamente dormida. Profundidad que señala, por las ganas que acompañan el dormir y la satisfacción experimentada en el despertar, la recuperación de un sueño de calidad, propiciatorio de los sueños que se producen en la fase paradójica.

6.5. Sobre el intenso llanto que la niña desarrolla con nosotros en los momentos de alimentarla.

Con Ana sucede como con otros bebés con graves trastornos alimentarios, derivados de su exposición a una relación traumatógena. El tiempo de alimentación con enfermería les ofrece la oportunidad de desarrollar un llanto intenso, que contrasta fuertemente con el comportamiento dócil y la apariencia sonriente e interactiva que presentan en el ingreso, tanto con la madre como con la pediatra que los examina.

Para ilustrar éste proceso que se manifiesta muy tempranamente, en consonancia con nuestra disponibilidad para permitirlo, les hablaré del primer día del reingreso cuando tiene **ya cinco meses**:

Después de comprobar que Ana no admite ser alimentada por la madre, enfermería se hace cargo, de nuevo, para reiniciar **el proceso de rescate de lo traumático**.

Indico, como en las anteriores ocasiones, que tanto si la niña admite, como si no, ser alimentada, en el caso de empezar a llorar no deberá ser devuelta a la madre sin haber tenido la posibilidad de llorar unos 10 ó 15´.

Se trata de ofrecerle la posibilidad de poder recuperarse del profundo malestar en el que se vive inmersa.

En ésta ocasión, como era previsible, Ana ha rechazado las tres primeras tomas que se le han ofrecido, con un intervalo de tres horas, y ha llorado mucho.

Muy inquietas, las enfermeras han necesitado comunicarme lo difícil que les resultaba contener un llanto tan triste y desconsolado.

El llanto es, dicen, “muy intenso, de una gran pena interior, muy difícil de tolerar porque genera un gran sufrimiento, una gran pena, en quien lo escucha”.

Las tranquilizo explicándoles la importancia de permitirle llorar para rescatarla de una situación de profundo sufrimiento silencioso.

La enfermera que interviene en la segunda toma describe de éste modo la situación:

“La cogí en brazos y comenzó a balbucear, la coloqué en postura de tomar y comenzó el llanto. Lo describiría como un llanto con sentimiento, desconsolado, de desprotección, de pérdida y suplica; un llanto nuevo para mí en un bebé de su edad. Entre llanto y llanto pronunciaba un claro, alargado y suplicante “mamá”. Era como si el biberón le conectase con

algo interno que le duele. Al encontrarnos con la mamá y esta cogierla en brazos, dejó de llorar en seco, se volvió hacia nosotras y nos sonrió”.

Cuando por la tarde me reúno con los padres y la niña, al llegar a la habitación me encuentro a ésta despierta. Sin la tristeza depresiva del anterior ingreso, interacciona bien con sus padres, mostrándose risueña y muy alerta.

Como quiere incorporarse en la cuna, su madre la sienta en la sillita y ahí comienza a jugar cogiendo varios objetos, como un sonajero. Agita los brazos, haciendo ruidos, dando golpes, y contestando a las sonrisas de su madre, hasta que al cabo de unos 15´ el padre sugiere a ésta que la niña esta necesitando que se la coja en brazos.

Al cogierla la madre y decirle cositas la actividad de la niña disminuye, aunque al cabo de unos minutos comienza a llorar, cada vez más, con mayor tristeza, malestar y pena. Llorando sin parar, se mueve de un lado a otro sin encontrar una posición que la consuele. Me mira a mi, mira a su alrededor, no apoya su cabeza sobre el cuerpo de la madre para recogerse o acogerse en él, aunque es en él donde ella quiere estar.

También en esta ocasión, expresa con claridad la expresión "mama, mama...".

Sin embargo esta expresión, que se entremezcla con la fuerza del llanto, no parece interpelar a su madre ya que, erguida y rígida en sus brazos, evita encontrarse con la mirada de aquella, como si esos balbuceos estuvieran dirigidos a una madre ausente de aquel lugar.

Sin saber cómo responder a tanto llanto de tristeza y dolor, la madre repite varias veces que nunca había llorado así con ella.

Siguiendo mi indicación de no acallarla, intenta encontrar palabras adecuadas para consolarla paseándola y cantándole, sin éxito.

A pesar de sus esfuerzos, no logra transmitir ternura ó calor, sólo una mirada preocupada. "Yo siempre he sentido una gran tristeza" dice ella.

Después de más de media hora llorando, Ana terminó durmiéndose. Al despertar, una hora y media después, se tomó todo el biberón.

Como ha ocurrido en otras ocasiones, con otros niños en situaciones similares, es en presencia del tercero, dispuesto a permitirles llorar, cuando se permiten romper en llanto.

Ana no puede llorar a solas con su madre ya que la reacción que se produce en aquella es, desde muy temprano, especialmente temida. La madre puede volverse aún más "dolorosa", aumentar su posición de sufridora y simultáneamente aumentar en ella la violencia de la que la niña se defenderá con una supresión del hambre que puede conducirla a poner en riesgo su vida.

6.6. Es necesario entender ésa cuestión:

Ante una violencia materna inasimilable y traumática, Ana se defiende con unos mecanismos con los que busca protegerse del dolor y de la evidencia de desvalimiento. Estos mecanismos la llevan poco a poco y de manera aparentemente inexorable, sin ayuda especializada, hacía una supresión total del apetito.

El rechazo progresivo que se inicia frecuentemente con vómitos, sigue paulatinamente con una disminución del apetito y con un mayor rechazo hacia la percepción del biberón y del alimento a los que inviste como fuente de lo traumatógeno.

A esto le seguirán, si tiene capacidad física, claros movimientos de manos y brazos

rechazando con desazón y enfado al brazo alimentador y al cuerpo de la madre en el momento de la toma.

Junto a este proceso se manifiestan otros como, evitar la mirada de la madre, rechazo de acurrucarse en el regazo, regurgitaciones, eliminación de la leche por la comisura de los labios a medida que entra en la boca, detención del proceso digestivo con, horas más tarde, vómito de la leche sin digerir y una progresiva y honda tristeza que hace su aparición de manera muy evidente en la segunda semana.

Al cabo de unos ocho o diez días, tanto su rostro como su cuerpo expresan un estado de intensa depresión.

La mirada es extraordinariamente triste, sus ojos ojerosos se encuentran claramente hundidos y su mirada es fría y vacía. La rigidez de su mirada, de la que se desprenden sonrisas cuando son solicitadas por mí ó por la madre, expresa un estado de hundimiento y auto abandono.

Sin placer, los movimientos, tensos y excitados, pasan de pronto a la posición de un cuerpo desplomado sobre la sillita. Así pues la respuesta sonriente y agitada que emite cuando es solicitada o cuando busca despertar la atención de su entorno, contrasta con el vacío de alegría, placer y vitalidad sosegada.

6.7. ¿Qué es lo que produce inasimilación, rechazo y desamparo en el bebé?

La intensa pérdida de ternura^{xi} de una madre atrapada en un movimiento defensivo, de supresión masiva de sus afectos, desde el que intenta protegerse del desbordamiento de las vivencias de intenso dolor psíquico que conmocionan su ser más profundo.

Este movimiento, que busca suprimir la percepción de la angustia vital en ella, genera varios efectos en el bebé:

El primero tiene que ver con su percepción de la abrumadora angustia y violencia interna de la madre que llega golpeando de pleno su alta sensibilidad receptiva, colocándolo en una situación de colapso psíquico.

El segundo tiene que ver con la percepción de un doble movimiento emocional del objeto materno que se produce, simultáneamente, en dos direcciones contrapuestas: por un lado la madre tiende al sobre apego y por otro al distanciamiento afectivo. Doble movimiento contradictorio que también impacta la alta sensibilidad del bebé.

El tercero tiene que ver con la actividad supresora, que la madre desarrolla, de aquellas manifestaciones sonoras y gestuales, espontáneas y subjetivantes, que el bebé despliega para expresar su individualidad emocional en busca de un objeto empático con el que compartir y co-narrar su experiencia dolorosa de vida.

El movimiento de sobre apego materno debe de ser, a mi entender, comprendido en el contexto de la reactivación de una angustia traumática generadora de una intensa vivencia de desamparo que la madre, desde la confusión, llega a experimentar como si estuviera instalada en el bebé. Esta reactivación produce por un lado un intento de salvaguardia del bebé mediante un movimiento de recuperación del estado fusional primitivo, pero también produce otro movimiento que busca resguardo y amparo para sí misma a través del propio bebé.

La intensa retracción libidinal, coloca a la madre en una situación de profundo desamparo narcisista. Es la pérdida de la unidad narcisista maternal primitiva,

experimentada con su propia madre, la que está en juego y la que, a mi parecer, la madre intenta desesperadamente restaurar mediante el colmatamiento de la brecha abierta en la línea de flotación de dicha unidad.

En el segundo movimiento, el bebé se vive expuesto a un desinvertimiento afectivo masivo al que, desde muy temprano, él reacciona con un procedimiento psíquico que busca su independencia emocional por la vía de la prematuridad yoica, para evitar la experiencia dolorosa de su pérdida.

Estos procesos tempranos, de rechazo a la alimentación, y a la representación primitiva del objeto, llevan en última instancia al bebé, **a una agonía silenciosa** ligada a la experiencia de desamparo derivada del proceso de desarraigo de sus procesos investientes, tanto del objeto como del yo-cuerpo.

Es interesante pensar, que la modalidad defensiva que la madre usa ante su propia angustia va a orientar en el bebé la modalidad que éste va a utilizar.

El tiempo en el que la madre no llora sino que suprime y desestima sus afectos, es el tiempo en el que el propio bebé permanece muy adormecido en el tiempo de las tomas.

Adormecimiento, que busca reducir la percepción del estado emocional traumático, procedente de la madre.

En contraste, tenemos el tiempo de nuestra intervención en el que el bebé ya puede llorar abundantemente su experiencia de confrontación al desasosiego materno. Y es en este mismo tiempo en el que reaparece el hambre y en el que la madre dice que su bebé la reclama de manera abierta para que la coja en brazos y busca disfrutar de su regazo.

El rechazo a alimentarse y el vómito buscan suprimir la experiencia de contacto con el contenido material, representante del contenido psíquico inasimilable, en un tiempo en el que aún no puede entrar en juego el desplazamiento fóbico sobre la figura del extraño. En esta situación en la que se intenta preservar la vida psíquica, protegiéndola de los contenidos psíquicos “tóxicos” provenientes del objeto, se pone en riesgo la auto-conservación somática.

El movimiento defensivo, temprano, de expulsión del alimento, se produce de forma simultánea al de expulsión de la experiencia emocional con un objeto constituyente de la "vivencia de completud yoica". Expulsión que expone, por tanto, al yo a una renuncia desgarradora de su experiencia de ser.

El movimiento de reclamo, posterior a la separación en la alimentación, permite deducir que en el estado anterior, de contacto continuo con la madre, existía una desconexión de sus apetencias hacia ésta.

Esta situación, de retirada masiva de investiduras buscadoras del mundo emocional de la madre deja al bebé a merced de un estado de profundo desamparo-primitivo de naturaleza depresiva esencial^{xii}.

6.8. La expresión “dejarse morir con la sonrisa en la boca”, resumiría la paradoja que nos desorienta a la hora de detectar a un bebé atrapado en una situación traumática, de éstas características.

Al ser examinado en el momento del ingreso o en las visitas rutinarias, incluso, cuando ha alcanzado un nivel de franca gravedad depresiva, el bebé mantiene la

cordialidad, la interacción, la respuesta sonriente e incluso juguetona hacia su interlocutor.

En los momentos de mayor depresión podemos encontrarnos con una mirada hundida por una gran tristeza muy visible junto a un comportamiento que conserva una capacidad de responder con sonrisa a nuestras solicitudes o a las de los padres. Por debajo de este comportamiento aparentemente alegre y reactivo, existe un drama emocional del cual el bebé se defiende suprimiendo a toda costa su percepción emocional intrapsíquica y el afloramiento de ésta a la conciencia.

Cuando en las primeras tomas con enfermería Ana deja de llorar al volver con su madre, no lo hace porque reencuentra una mamá que da satisfacción y genera dentro de ella un sentimiento reconfortante, sino porque es muy peligroso expresar con esa mamá todo lo que vive. **A ese riesgo, que no puede correr, se suma un mandato materno de prohibición de esa expresividad.**

En éste contexto, recuperar al objeto materno permite una experiencia de reencuentro aseguradora de la compañía, completamente en oposición al movimiento interno que sigue buscando el desarraigo emocional.

Esto que es tan paradójico, confunde a la hora de explorar e investigar los indicios semiológicos de posible sufrimiento emocional en el bebé.

Debajo de esta apariencia de niño risueño y cordial, que responde a las solicitudes, tenemos un drama oculto que se manifiesta, entre otros indicios, a través de ese rechazo progresivo de la alimentación y de la alteración del dormir.

La tragedia que se produce en torno a estos mecanismos de defensa, que buscan desconectar al bebé de la experiencia violenta de angustia-pánico, ligada a lo traumático, es que estos le impiden experimentar la doble pérdida a la que se vive expuesto:

Por un lado, la pérdida del objeto libidinal, y por otro la de su interioridad emocional, de la cual queda cortado generándose, silenciosamente, un sentimiento de desamparo-desarraigo, profundo, de su propia vitalidad que deja de abastecer su experiencia de ser. Pérdidas dolorosas que no puede llorar.

Llorar con el extraño el desconsuelo, la violencia y el pánico, permite desarrollar la experiencia de recuperar su sentimiento de ser y junto a él, las ganas de recuperarse a sí mismo y de recuperar al objeto ligado narcisísticamente al propio yo.

Así pues, la vivencia de pérdida narcisística no sólo se debe a la pérdida de la ternura maternal, sino también a los mecanismos que el bebé pone en juego para desconectarse del dolor interno que se produce en él por dicha pérdida y por la exposición a contenidos traumáticos provenientes del objeto materno.

Por una parte, intenta dejar de percibir el dolor que genera el objeto traumatógeno mientras, por otra, sigue manteniendo vivo el interés por el objeto ligado a su propia supervivencia.

En Ana, el llanto-dolor de los primeros tiempos, al salir de neonatología y reencontrarse con su madre, quedará reemplazado por la auto-desconexión de su percepción de las fuentes de su sensibilidad interna.

Las manifestaciones de sonrisa, aparentemente alegres del bebé ante las solicitudes del objeto, son manifestaciones que no están abastecidas por los contenidos pulsionales que han sido desconectados para evitar la angustia.

Las pequeñas separaciones que se generan al alimentar enfermería, ofrecen dos posibilidades: una, la de poder expresar todo ese estado interno angustioso, desesperado, violento, que no puede expresar sin riesgo ante el objeto materno, y por otra, experimentar la separación del objeto y la pérdida afectiva con él **y consigo mismo**.

La presencia de angustia traumática, de intenso dolor psíquico manifestado a menudo como dolor físico, de violencia a menudo subvertida por una docilidad adaptativa, de depresión de naturaleza esencial, son algunas de las características emocionales de aquellas madres, frecuentemente atrapadas en el comportamiento operatorio^{xiii} que calman y silencian sin poder generar satisfacción en el bebé. Madres que se defienden de las emociones inasimilables intentando erradicarlas de la conciencia suprimiendo tanto su expresividad como su perceptividad.

Sin medios para una elaboración psíquica, éstos contenidos traumáticos permanecerán plenamente activos y transfundibles al bebé que se encuentra en una posición de inevitable indefensión.

Esta experiencia temprana va a generar en él una **precocidad perceptiva** y un **estado interno de hipersensibilidad emocional muy reactivo** en el que la angustia del objeto materno va a resonar de una forma tan inevitable como inasimilable, produciendo en él una temprana vulnerabilidad psicosomática derivada de su extrema sensibilidad receptiva.

Así pues, aunque el niño desarrolle procesos defensivos de carácter y de comportamiento, entre otros, para evitar vivirse golpeado por el sufrimiento y la amargura, **no dejará sin embargo de permanecer conectado de manera directa en éste nivel primitivo de percepción de los afectos y de sufrir somáticamente las fluctuaciones emocionales maternas inasimilables**

En ésta dinámica, no es la madre la que inviste con una carga de placer que permita al bebé vivirse fuente y objeto de disfrute. Lo que sucede es inverso, la madre demanda al bebé que la abastezca libidinalmente para vivirse objeto de satisfacción. **Demanda al bebé que la reemplace en su función vitalizante**. Demanda radical que mantiene un apego fusionante, prohíbe la separación-individuación, y exige al niño sacrificado ocupar un lugar de doble narcisista para evitar el derrumbe materno a costa de la renuncia de su propia singularidad identitaria.

El esfuerzo por rescatar y reanimar psíquicamente al bebé, en estos primeros tiempos de la vida, busca asegurar su supervivencia física y evitar, si es posible, que cristalice la inercia a utilizar los procesos de defensa tempranos que pueden conducir a la vida operatoria.

6.9. Síntesis analítica de varios tiempos de la experiencia traumática.

6.9.1. Dos tiempos para la defensa.

En el primer tiempo de exposición a lo traumatógeno, mientras desinvieste las huellas vivenciales y las percepciones somáticas pertenecientes al tiempo de la interacción post-natal, se desencadena en la bebé una retracción que busca reinvestir, mediante el dormir, una vivencia intrauterina de sí más satisfactoria, que sirva de soporte de las investiduras y asegure la homeostasis mediante una intrincación pulsional regresiva.

En el segundo tiempo, al reencontrarse expuesta al contacto directo y continuo con la madre, es cuando el llanto-dolor intenso y muy prolongado sobreviene. En éste tiempo la recepción del mundo emocional materno produce un efecto de intrusividad traumatógena que la vuelve hípervigilante y le impide reencontrar, mediante la regresión, una experiencia de sí, más sosegada.

Esta imposibilidad de escapar de lo traumatógeno la llevará a protegerse, mediante la desconexión radical de su perceptividad, de los contenidos sensoriales y emocionales propios y ajenos. Defensa radical que la acaba atrancando.

Ésta situación, en la que no puede recuperar un reinvestimento libidinal regresivo de sí, es el tiempo en el que se experimenta una depresión pulsional esencial y desgarradora, que afecta a su capacidad de conservar una experiencia libidinizada de la unidad de su Ser

El dolor físico tan intenso es, en buena parte, la consecuencia del dolor psíquico derivado de la pérdida de la capacidad de poder seguir invistiendo al propio yo-cuerpo.

En ésta situación no es en el propio yo donde esta bebé intenta modular los estímulos sino en la fuente externa de la que proceden. En la madre, mediante una adaptación radical que intente evitar nuevas emisiones inasimilables, a costa de una supresión de la perceptividad de su mundo interno y de su expresividad que la llevará a un empobrecimiento dramático del investimento libidinal de sí misma.

Este bajo desarrollo de su propia experiencia de ser, genera en el yo a una angustia terrible cuando se vive expuesto a la pérdida del objeto mediante el que ha intentado asegurar su propia homeostasis.

6.9.2. La hipersomnía.

Se observa una utilización repetitiva del recurso a la hipersomnía. Éste comienza a ser usado a los 17 días de vida, en el tiempo del primer ingreso, y reaparece después en cada recaída severa. En los periodos de mayor gravedad el rechazo de la alimentación perdura estando dormida, a diferencia de los momentos de menor gravedad, en los que sí acepta.

Se trata de una modalidad de repliegue-desconexión que aparece después de que se hayan desencadenado los vómitos, primeros mecanismos, inicialmente provocados por el rotavirus, con los que, en un segundo tiempo, ésta bebé busca defenderse mediante la excorporación, de las emociones maternas inasimilables.

La hipersomnía estaría ligada a la utilización de unos recursos que buscarían "refugio" en una modalidad de vida desconectada de la percepción del hambre de alimento y de objeto nutricio, en una tendencia opuesta a aquella que, originariamente, permite que

hambre y objeto nutricio acaben íntimamente asociados y que la pulsión se apunte en la función de comer, dotando de placer-satisfacción al acto relacional de la nutrición.

Un trabajo de supresión de la percepción de los estímulos procedentes del cuerpo y de aquellos procedentes del objeto, va a desplegarse ante el fracaso psíquico del bebé incapaz de tramitar y regular el aflujo de excitaciones desbordantes procedentes del objeto y del cuerpo propio, buscando restablecer así una experiencia intrauterina de autorregulación y autoabastecimiento.

6.9.3. El desencuentro de dos registros.

El primero, de alta perceptividad emocional primitiva, visiblemente constituido desde los primeros días de relación post-natal, conserva una alta sensibilidad receptiva de la interioridad emocional de la madre que conduce, cuando ésta interioridad es de naturaleza traumatógena, a una reactividad somática antes de que el psiquismo, falto de los recursos adecuados para la asimilación y la defensa, quede definitivamente colapsado.

En el segundo se constituye el reconocimiento de que la madre es la figura privilegiada para satisfacer el anhelo de apego anaclítico. Cuando se reencuentra con ella sonrío abiertamente, se alegra de manera evidente por recuperarla. Festeja su retorno.

La tendencia innata, que puja por constituir y conservar el apego anaclítico con el objeto, se va desgajando y separando de ese primer registro que continúa funcionando con un alto grado de autonomía. Desgajamiento que lleva a un desencuentro radical entre el yo-cuerpo primitivo y el yo buscador del apego y de la constitución de la relación anaclítica.

La independencia funcional de estos dos registros se ha constituido en muy poco tiempo en esta bebé. La frase "dejarse morir de hambre con la sonrisa en la boca", describiría la paradoja de esta simultaneidad de percepción interna dolorosa y de búsqueda de relación con el objeto materno, con el que no puede llorar el profundo desconsuelo que la anega detrás de la sonrisa.

6.9.4. El llanto y la recuperación de investiduras:

Llorar intensamente le permite reaccéder a unos fragmentos emocionales restauradores del sueño profundo y reparador, muy alejado de la hipersomnía. Ya no se encuentra hipóvigilante y tensa, se puede dejar ir, sentir, reconciliarse con su interioridad y recuperar la percepción del hambre.

Este proceso de auto-rescate que permite al Yo recuperar sus sentimientos de Ser angustiado o triste, recuerda el intenso movimiento respiratorio que se produce cuando quien se está ahogando debajo del agua sale a la superficie y consigue una gran "bocanada de oxígeno". Símil extensible al bebé recién nacido que al llorar comienza a respirar y se rescata de la asfixia.

El llanto desconsolado y perdido, que se desencadena después de un tiempo traumatógeno y de intensa supresión de la expresividad, se debe no al susto de no poder reencontrar una figura familiar, **sino al susto producido por el susto experimentado en ese tiempo angustioso de "ahogo"**, que el bebé experimenta en silencio.

Silenciado por los mecanismos precoces que buscan desconectarle tanto de la percepción del mundo emocional externo como del interno, el yo queda atrapado en un

estado de desabastecimiento pulsional, equiparable a la falta de oxígeno, que lo despoja de los recursos emocionales y cognitivos necesarios para gestionar su experiencia vital.

6.10. REFERENCIAS

- Actualités Psychosomatiques (2002). N°5, *Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation*, Georg Editeur, Genève.
- Actualités Psychosomatiques (1999). N° 2, *Mouvements D'organisation et de désorganisation pendant l'enfance*, Georg Editeur, Genève.
- Canault, N. (2001). *Comment le désir de naître vient au fœtus*, Desclée de Brouwer, Paris 2001.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Fisher, C. (1973). *Biología de los sueños y psicoanálisis*, Siglo Veintiuno, 1973.
- Golse, B., Seguret, S. & MOKHTARI, M. (2001). *Bébés en réanimation*, Editions Odile Jacob.
- Golse, B., & Missonnier, S. (2005). *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*, collection : la vie de l'enfant, Éditions ÉRÈS.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Éditions de Minuit,
- Green, A. (1983). *Narcisisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Kreisler, L. (1992). *Le nouvel Enfant du désordre psychosomatique*. Ed. Dunod
- Kreisler, L. Fain, M. & Soulé, M. (1999). *L'enfant et son corps*, PUF, Paris, 1999.
- Kreisler, L. & Szwe, c G. (1999) *Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance*. Généralités cliniques- Propositions théoriques, *Encyclopédie Médique Chirurgicale*. Psychiatrie, 37.404.A.1998.12p. Ed. Elsevier.
- Lebovici, S., Diatkine, S. & Soulé M. (1997). *M. Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Paris: Ed. PUF, 3^a ed.
- Lebovici, S. & Weil-Halpern, F. (1989). *Psychopathologie du Bébé*. Ed. PUF.
- Marty, P. (1995) *El desorden Psicossomático*. Ed. Promolibro.
- Marty, P. (1992). *La Psicossomática del Adulto*. Ed. Amorrortum Editores.
- Palau, P. (2000). *Bebé en Riesgo*, Revista Iberoamericana de Psicossomática, n° 1, SEPIA, 2000.
- Palau, P. (2002). *Silencio, se escucha... no tocar*. Revista Iberoamericana de Psicossomática, n° 3, SEPIA, 2002.
- Palau, P. Benac M., Haro J., Robres D. & Biosca E. (2003). *Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento*. Revista de Neurología, 2003. Vol. 37. XXIX Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.
- Palau, P. (2004). *Somatizaciones en niños de riesgo producidas desde el vínculo*. Revista de Psicoterapia y Psicossomática, n° 56. Ed. IPEPPM.
- Palau, P. (2005). *Réanimation psychique, dans un contexte hospitalier, d'une petite fille avec paralysie cérébrale*. *Revista Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, Numéro 9. ISSN 1422-5824.
- Press, J. (1999). *La perle et le grain de sable*. Ed. Delachaux et Niestlé.
- Revue Française de Psychosomatique n°2, *A propos de l'enfant et son corps*, PUF, Paris.
- Rosenberg, B. (1995). *Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida*. Ed. Promolibro.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire*. Études Psychanalytiques. Ed. PUF.
- Szwe, G. (1998). *Les galériens volontaires*. Ed. PUF.
- Szwe, G. (2001). *La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle*, *Revue Française de Psychosomatique*. Ed. PUF

CAPITULO 7. EL SUFRIMIENTO EMOCIONAL EN LA INTERACCIÓN MADRE-BEBÉ: ¿AFECTACIÓN NEUROBIOLÓGICA?

Artículo: Palau, P. (2010). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica? *Revista de Psicología y Psicoterapia Médica*. Madrid: Ed. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM).

7.1 Resumen.

En éste artículo el autor reflexiona sobre los posibles efectos neurobiológicos derivados de la utilización de unos mecanismos psíquicos antitraumáticos, que el bebé puede utilizar al poco de nacer, ante una experiencia de sufrimiento emocional.

Después de exponer un caso clínico, señala la posibilidad que existe de revertir dichos procesos psíquicos mediante la intervención psicoterapéutica conjunta bebé-madre-padre. Desde ésta premisa señala la necesidad de incluir la atención psicoterapéutica padre-madre-bebé/niño en las patologías del espectro autístico y en las patologías psicósomáticas que se presentan en los bebés y en los niños pequeños.

Palabras clave.

Neurobiología, psicósomática, autismo, psicoterapia conjunta padre-madre-bebé, plasticidad neuronal, defensas antitraumáticas, sufrimiento emocional, interacción.

7.2 Introducción.

Creo que resulta importante señalar que las reflexiones teórico-clínicas que se desarrollan en éste artículo pertenecen a los trabajos de investigación producidos en las intervenciones psicoterapéuticas que buscan tratar la patología psicósomática precoz del bebé, así como las primeras manifestaciones del funcionamiento autístico.

La comprensión del mundo intrapsíquico e intersubjetivo, emanada de la clínica psicósomática que voy a presentar, aplicada en un contexto hospitalario que requiere de una implicación pluridisciplinar de su personal sanitario, se ha generado a lo largo de años de experiencia clínica sin que el modelo neurocientífico estuviera presente en el modo de analizar y construir hipótesis sobre la actividad de los procesos intrapsíquicos comprometidos en la interacción interpersonal del bebé con su madre y su padre.

Esta aclaración tiene su importancia a la hora de intentar articular las observaciones emanadas de la clínica de la interacción temprana madre-padre-bebé y del campo de las neurociencias.

Mi descubrimiento, relativamente reciente, de las investigaciones que se producen en el campo de las neurociencias ha producido en mí una doble convicción: la complementariedad de unas investigaciones que se producen entre los especialistas apasionados en ir desvelando los secretos de la vida cerebral y aquellos que se ocupan de la vida mental y la necesidad, obvia, de seguir construyendo vías de comunicación entre ambos.

Es necesario comprender los procesos intrapsíquicos que el bebé despliega al nacer y contemplarlos desde su experiencia intersubjetiva, puesto que su llegada al mundo extrauterino permite observarlo en el contexto de una interacción emocional compleja en la que tiene que lidiar con experiencias psíquicas generadas entre él y otros.

Saber porqué sufre el bebé, qué experiencias emanadas de la interacción lo afectan, de qué modo y con qué sensibilidad percibe y con qué recursos psíquicos se encuentra dotado en los primeros tiempos de su vida, resulta indispensable para equiparnos con un modelo de comprensión teórico-clínico dinámico y vivo, dispuesto a experimentar tantas reformulaciones como el caso individual lo requiera. Un modelo que nos permita pensar sobre las experiencias tempranas dotando de sentido al sujeto sensible que disfruta ó sufre en su mente y en sus carnes mientras convive.

¿Cómo afecta al funcionamiento cerebral la utilización muy precoz de procesos psíquicos antitraumáticos que buscan erradicar de la percepción la experiencia psíquica dolorosa que no se puede metabolizar y que tiene su origen en la interacción bebé-madre-padre?

7.3. Las neurociencias.

El sistema de las neuronas espejo (Gallese, 2006).

En el año 1996, un equipo de neurocientíficos italianos liderados por el neurólogo Giacomo Rizzolatti, publicaron los resultados de unas investigaciones en las que se planteaba que el cerebro del mono contiene una clase especial de células, llamadas neuronas espejo, que se activan cuando el animal ve u oye una acción y cuando el animal realiza la misma acción por cuenta propia.

Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que los seres humanos también poseen neuronas espejo, que son mucho más inteligentes, más flexibles y más evolucionadas que cualquiera de las que se encuentran en los monos, un hecho que, para los científicos, refleja la evolución de las sofisticadas habilidades sociales de los seres humanos.

Según estas investigaciones el cerebro tiene múltiples sistemas de neuronas espejo que se especializan en realizar y entender no sólo las acciones de los demás sino sus intenciones, el significado social de su comportamiento y de sus emociones

"Somos criaturas sociales - sostiene Rizzolatti - Nuestra supervivencia depende de entender las acciones, intenciones y emociones de los demás. Las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, no sólo a través de un razonamiento conceptual sino mediante la simulación directa. Sintiendo, no pensando".

Según estos estudios los mismos circuitos neuronales que intervienen en el control de la acción y de la experiencia en primera persona de las emociones y de las sensaciones, están activos también cuando somos los testigos de esas mismas acciones, emociones y sensaciones en los demás.

Para Vittorio Gallese^{xiv}, los sistemas de neuronas espejo constituyen las bases neuronales de la simulación integrada, el mecanismo que estaría en la base de la puesta en consonancia intencional.

En 1996 se proponía que la observación de la acción podría causar en el observador la

activación automática del mismo mecanismo neuronal desencadenado por la ejecución de la acción y que ese mecanismo fuera la base de una forma directa de comprensión de la acción. Estudios ulteriores parecen haber corroborado la hipótesis.

Cuando una acción dada es planificada, consecuencias motrices esperadas son previstas. El modelo de la acción puede también ser utilizado para predecir las consecuencias de acciones cumplidas por otros. Percibir una acción es equivalente a simularla interiormente. Esto permite al observador utilizar sus propios recursos para penetrar de manera experiencial el mundo de los demás a través de un proceso de simulación directa, automática e inconsciente.

La emoción del otro es constituida, experimentada y por consecuencia directamente comprendida por medio de una simulación integrada que engendra compartir el estado del cuerpo. Es la activación de un mecanismo neuronal compartido por el observador y por el observado lo que permite una comprensión experiencial directa.

Vittorio Gallese emplea la expresión "simulación integrada" en tanto que mecanismo funcional automático, inconsciente y pre-reflexivo. Por consecuencia la simulación tal como es concebida por él, no es necesariamente el resultado de un esfuerzo cognitivo deseado y consciente, que tienda hacia la interpretación de las intenciones ocultas en el comportamiento evidente de los demás, sino más bien un mecanismo funcional básico de nuestro cerebro que es activo desde el nacimiento.

Un conocimiento así, adquirido por la experiencia de nuestro propio cuerpo nos permite comprender directamente algunas de las acciones efectuadas por los demás, y descodificar las emociones y las sensaciones que experimentan.

Paralelamente a la descripción sensorial de los estímulos sociales observados, las representaciones internas de los estados del cuerpo asociados a estas acciones, emociones y sensaciones son evocadas en el observador, "como si" el o ella cumpliera con una acción o sintiera una emoción a una sensación similares.

La simulación es integrada no sólo porque se realiza neuronalmente, sino porque se utiliza también un modelo corporal pre-existente en el cerebro, realizado por el sistema sensorio-motor, que implica en consecuencia, una forma no proposicional (intencional) de representación del yo.

La capacidad para concebir sin esfuerzo (la experiencia de) los cuerpos que habitan nuestro mundo social, como personas orientadas hacia metas como nosotros, depende de la constitución de un espacio interpersonal, significativo y compartido que a un nivel funcional se denomina simulación integrada. Se trataría de un mecanismo específico que constituye un rasgo funcional básico mediante el cual nuestro sistema cerebro/cuerpo modeliza sus interacciones con el mundo.

La posibilidad de compartir el contenido fenoménico de las relaciones intencionales de los demás, mediante bases neuronales compartidas, produce una puesta en relación intencional. Ésta, en retorno, fusionando las intenciones de los demás en aquellas del observador, produce esta calidad particular de familiaridad que mantenemos con los demás individuos. Es lo que para Gallese significa "estar en empatía" y para otros autores en "simpatía". Por medio de un estado neuronal compartido realizado en dos grupos diferentes que obedecen sin embargo a las mismas reglas morfo-funcionales, el "otro objeto" deviene un "otro yo".

Esto no es sin embargo válido para el conjunto de nuestros recursos cognitivos sociales. Las capacidades de interpretación más sofisticadas de nuestra mente requieren probablemente de la activación de amplias regiones de nuestro cerebro. Las mismas acciones realizadas en otros contextos diferentes pueden llevar al observador a interpretaciones radicalmente diferentes. En consecuencia los estímulos sociales son también comprendidos sobre la base de la elaboración cognitiva explícita de sus aspectos contextuales y de una información anterior.

La cuestión es que estos dos mecanismos no son mutuamente exclusivos. La simulación integrada está basada sobre la experiencia, mientras que el segundo mecanismo es una descripción cognitiva de un estado externo de cosas. La simulación integrada constituye la base a las actitudes de interpretación de la mente propositiva, más sofisticadas sobre el plano cognitivo. Cuando el primer mecanismo no está presente ó funcional mal, como podría ser en el autismo, el segundo no puede ofrecer más que un resultado pobre e indiferente de las experiencias sociales de los demás.

Al abordar la implicación psicopatológica de la consonancia intencional, Gallese (2006) se refiere al trastorno del espectro autístico como un mal funcionamiento de la simulación encarnada.

Sobre el final del primer año de vida, el niño afectado es incapaz de compartir, adecuadamente, la atención con otro y es incapaz de reaccionar de manera adecuada a las emociones de otro. Tiene una gran dificultad en reconocerse en el rostro humano ó en desarrollar un comportamiento imitativo. Todas estas manifestaciones del autismo tienen una raíz común: la habilidad cognitiva (richieste) para establecer un lazo significativo con otro está ausente ó gravemente dañado.

La hipótesis de Vittorio Gallese es que éste déficit, como el observado en el Síndrome de Asperger^{xv}, debe de ser atribuido a un déficit ó malfuncionamiento del mecanismo de la “simulación encarnada” ó “consonancia intencional” a su vez producto de una disfunción del sistema de neuronas espejo, que produce el malfuncionamiento de la regulación emocional/afectiva.

7.4. La psicósomática.

Lo que se observa en éste campo:

En 1963 P. Marty, Ch. David y M. de M'Uzan publican los resultados de sus investigaciones clínicas con enfermos somáticos con el título “La investigación psicósomática”. Se trata de un estudio que intenta aportar luz a las condiciones psicológicas relacionadas con el enfermar somático. Consideran que la patología somática funcional ó lesional forma parte, en igualdad de condiciones que la patología psíquica, del vasto conjunto de la patología general.

Aquel estudio, tan estimulante para la investigación posterior y la constitución de la Escuela de Psicósomática de París, desvela que el perfil del sujeto con mayor vulnerabilidad psicósomática se presenta como el de una persona aparentemente bien adaptada socialmente que en su relación con el investigador no deja que se manifieste ninguna manifestación afectiva y ningún deseo.

Para éste sujeto todo va bien, a pesar de las dificultades ó los dramas que revela su

historia. Su vida mental consciente, sea cual sea su nivel intelectual ó cultural parece cortada de las fuentes vivas del inconsciente y reducida a lo factual, a lo actual, con un pensamiento pragmático calificado de operatorio. Su vida onírica es pobre, traduciendo el bloqueo de la actividad fantasmática y de los investimentos libidinales y agresivos que limitan el valor funcional de la actividad mental.

A partir de la descripción de la Vida Operatoria de la Escuela de Paris, surgirá en EEUU el desarrollo de una Escala que intentará evaluar el grado de Alexitimia. El termino alexitimia del griego alfa (privativo), lexis (palabra) y timos (humor) fue acuñado en 1972 por Sifneos para designar las dificultades para expresar verbalmente las emociones, comúnmente observadas en los pacientes con mayor vulnerabilidad psicósomática.

Según Sifneos la marcada dificultad para describir los sentimientos y una ausencia ó una reducción de la vida fantasmática son el resultado de una disfunción neurofisiológica.

Concepción bien distinta a la que emana de la Escuela de Psicósomática de Paris, para quien se trata de un disfuncionamiento producido por la utilización muy precoz de procesos intrapsíquicos de defensa que, con una finalidad adaptativa, se originan en el contexto de la experiencia emocional interactiva entre bebé-madre-padre.

Para la Escuela de Paris la posibilidad de revertir estos procesos psíquicos queda bien contemplada si se produce una intervención psicoterapéutica temprana.

7.5. La clínica psicósomática en el bebé.

Pero veamos ahora un caso de un bebé^{xvi} afectado de un grave trastorno alimentario debido al sufrimiento emocional que experimenta en la interacción con una madre y un padre en apuros.

Tratado en un ámbito hospitalario este caso pertenece a las patologías seriamente comprometidas por una etiología psicósomática, cuya gravedad exige un esfuerzo psicoterapéutico y de equipo muy superior a lo habitual.

La madre de Ana es una buena madre, como todas la madres que cuidan lo mejor que pueden y saben a sus bebés. Pero ser una buena madre no es incompatible con ser una madre que padece una depresión post-parto ó un estado de sufrimiento derivado de una experiencia traumática, como es el caso de la madre de Ana.

Varios factores se sumaron para generar en ella un estado de intenso sufrimiento emocional ante el que ella se defendía procurando no quejarse para no expresarlo y no molestar.

Una gestación difícil, un pasado infantil marcado por una interacción temprana dolorosa y una situación de pareja que la ha llevado a sentirse muy sola ante el intenso sufrimiento acumulado en la gestación.

Primeras manifestaciones del trastorno.

Cuando Ana tenía 15 días, dos días antes de quedar hospitalizada en neonatología, comenzó a vomitar con fuerza todas las tomas poco después de haberlas ingerido.

Desde que nació y hasta ese momento había tomado muy bien. Un contagio viral fue el motivo, inicialmente contemplado por pediatría, para explicar los vómitos. Después de

varios días con una dieta, los vómitos se intensificaron y fue ingresada.

A los 5 días del ingreso, después de un rechazo intenso con regurgitaciones y frecuentes vómitos, va reinstalándose su tolerancia a alimentarse aunque *la hipersomnia, presente desde el primer día, persiste y resulta llamativa.*

El comentario de la enfermera que lo atendió hasta ése día fue: *“la niña se dormía mucho. Empezó vomitando y después se dormía; le obligábamos, no quería de toma a toma, y si no lo obligábamos no pedía”.*

En el 6° día al comenzar a darle la madre toma bien el primer biberón aunque las siguientes tomas las vomita todas y está muy dormido por la noche.

Al día siguiente se acaba los biberones pero después los vomita con leche sin digerir. Por la noche tolera y se acaba el biberón.

8° día, pasa a la cuna de la habitación individual con la presencia, constante ya, de la madre:

Ese día está *muy intranquila al llegar la tarde y por la noche se pone a llorar intensamente, vomitando todas las tomas que se le ofrecen.* El pediatra de guardia acude y practica suaves masajes en el vientre para intentar aliviar lo que piensa puede ser un intenso dolor por cólico del lactante. Este llanto permanece hasta las 3 de la madrugada cuando, agotado, deja de llorar y se duerme profundamente. La toma de las 6 del día siguiente, que le ofrece una enfermera, la tolera bien, dormida.

En el 9° día tolera los biberones que le administra la madre aunque se la observa de nuevo muy dormida. Esa noche está muy intranquila y llorona y vomita dos biberones. Tras los vómitos se niega a seguir.

En resumen vemos que, tras un primer cuadro de intensos vómitos, desaparece el hambre y se instala una intensa hipersomnia que señala un proceso depresógeno muy precoz.

Se trata de un movimiento de repliegue antitraumático que afecta, simultáneamente, al investimento pulsional de las percepciones de afectos procedentes del objeto materno y a aquellas funciones y estímulos procedentes del propio cuerpo.

También podemos observar cómo el reencuentro con la madre, a cargo de quién el va a quedar a partir del 8° día de ingreso, produce intensos trastornos que se expresan con una intensa *reactivación del vómito, un llanto inconsolable, significativo de mucho dolor y un comportamiento muy agitado en el dormir que contrasta con el comportamiento adaptado y dócil de la vigilia y de las noches anteriores. Trastornos, todos, producidos por la experiencia de reexposición ante la recepción de contenidos emocionales traumatógenos, procedentes del objeto materno.*

Los mecanismos de defensa que buscaran, en ésta época, la desactivación de la experiencia interactiva traumática con el objeto y el ser propio, producirán un desahucio de la experiencia afectiva compartida y del marco de la temporalidad mediante el que el sujeto puede desarrollar su experiencia de continuidad, comprometiendo la instauración del narcisismo primario, ligado al sentimiento del sujeto de ser él mismo a lo largo de un determinado tiempo.

Después de un periodo de intenso trabajo psicoterapéutico con la triada, la niña se encuentra comiendo tan bien como en los primeros 15 días después de nacer y se

recomienda el alta.

Pero el mismo día en el que se anuncia a la madre que al día siguiente pueden marcharse, la niña comienza con regurgitaciones.

El equilibrio emocional parental, especialmente el de la madre, es tan delicado que no ha soportado vivirse reexpuesta a las condiciones y a los recuerdos, angustiosos generadores de desorganización psíquica, con los que se ha reencontrado al regresar a casa. Al cabo de unos días de encontrarse en casa la niña vuelve a vomitar, rechazar la alimentación y se reinicia la hipersomnía.

El niño percibe, rápidamente, la emoción interna y angustiada de su madre.

Ésta alta capacidad para percibir se produce desde el nacimiento, aunque es unos días más tarde cuando se produce una respuesta más organizada por un psiquismo capaz de dotar de una significación más precisa a las emociones procedentes de la madre.

Cuando al día siguiente del ingreso, comunicamos a la madre que debemos de tratar ciertos dolores emocionales e inquietudes ésta me dice, sorprendida y contrariada, que está procurando olvidarse de todo ello y que lo consigue no pensándolo.

La dificultad para mantener nuestro criterio de intervención, está ligada a la incredulidad que genera en los padres la comunicación de que puede existir un nexo directo entre el trastorno manifestado por el bebé y el estado emocional de ellos y en particular el de la madre.

Es, especialmente necesario ayudar a la madre a entender la existencia superpuesta en ella, de dos niveles de experiencia emocional:

- Por una parte la manifestación consciente y persuasiva de las ganas de irse a casa.
- Y por otra, unos contenidos intrapsíquicos, generadores de un estado emocional angustiado **que la desbordan silenciosamente** produciendo una alta reactividad en el bebé.

Esta comunicación va a repercutir en las creencias que la madre tiene sobre lo que sucede entre ella y su bebé al que ella considera hasta ahora incapaz de percibir aquellos sentimientos que ella procura suprimir para que no se noten.

¿Cómo, un bebé que pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, que no ha llorado casi nunca, puede estar sintiendo y padeciendo en sus carnes y en su psiquismo inmaduro algo que ella logra dejar de percibir en sí-misma a fuerza de no pensarlo?

Este ser, tan aparentemente pasivo y dependiente, se convierte de pronto, en un testigo directo muy sensible y activo que denuncia, mediante trastornos muy variados, la existencia de un mundo emocional en los padres que no puede asimilar.

Rescatar y poner nombre al sufrimiento que circula entre la madre y el bebé ó entre los tres, permite cuidar la salud del bebé y de la madre, así como instaurar una simbiosis de mejor calidad entre ambos.

Al ayudar a la madre a entender que la alteración psicósomática de su bebé expresa un malestar emocional, éste se convierte, para ella, en copartícipe de una intencionalidad

interactiva.

Después de unos días de ingreso recomiendo a la madre que, en algunos momentos, vuelva sola a su casa, para observar cuidadosamente las sensaciones, sentimientos y pensamientos que experimenta allí. De éste momento podrá ir descubriendo el contenido de las emociones que la desbordan y podremos ir tratándolas en las sesiones psicoterapéuticas en las que también participan el padre y el bebé.

El equipo.

A los beneficios de la psicoterapia se añade el efecto de arropamiento y contención que el equipo le dispensa, desde un investimento tierno y maternal, para rescatar a la dáda madre-bebé de un momento traumatógeno. Todos esperamos reconstruir una modalidad relacional más lúdica y tierna entre la madre y su bebé.

En esos días, de forma espontánea, algunas enfermeras y auxiliares charlan con ella, le hablan de sus propias dificultades como madres, le preparan infusiones de hierbas, la miman. La madre se siente muy agradecida y relaciona, espontáneamente, la incipiente mejoría en la aparición de las ganas de dormir, con las atenciones recibidas de parte de un equipo que se comporta como una madre cálida y afectuosa con ella:

Ése acercamiento ayuda a rescatarla de la vivencia de angustia-desamparo que ha venido experimentando desde un año atrás.

Se trata de una labor que le permite sentirse investida afectivamente y fomentar en ella una reanimación del proceso de reinvestimento libidinal de su narcisismo primario con el resultado de un reinvestimento tierno de su propia hija.

Junto a la aparición de unas ganas de dormir en la madre y a una disminución de la supresión emocional se produce un aumento de las ganas de comer en el bebé y de estar más tiempo despierto.

La falta de llanto.

Como ha ocurrido en otras ocasiones, con otros niños en situaciones similares, es en presencia del tercero, *dispuesto a permitirles llorar*, cuando rompen en llanto. Hasta ése momento han suprimido su expresión.

Ana no ha podido llorar a solas con su madre ya que la reacción que se produce en ésta es, desde muy temprano, especialmente temida. La madre puede volverse aún más "dolorosa", aumentar su posición de sufridora y simultáneamente aumentar en ella la violencia de la que el bebé se defenderá con una supresión del hambre y de la percepción de sus emociones, que puede conducirla a poner en riesgo su vida.

La defensa del bebé.

Expuesta a una interacción traumatógena, Ana se defiende con unos mecanismos psíquicos con los que busca protegerse del dolor afectivo y de la evidencia de desvalimiento.

Estos mecanismos la llevan poco a poco y de manera aparentemente inexorable, sin ayuda especializada, hacía una supresión total del apetito.

El rechazo progresivo que se inicia frecuentemente con vómitos, sigue paulatinamente con una disminución del apetito y con un mayor rechazo hacia la percepción del biberón y del alimento a los que inviste como fuente de lo traumatógeno.

A esto le seguirán, si tiene capacidad física, claros movimientos de manos y brazos rechazando con desazón y enfado al brazo alimentador y al cuerpo de la madre en el momento de la toma.

Junto a este proceso se manifiestan otros como, evitar la mirada de la madre, rechazo de acurrucarse en el regazo, regurgitaciones, eliminación de la leche por la comisura de los labios a medida que entra en la boca, detención del proceso digestivo con, horas más tarde, vómito de la leche sin digerir y una progresiva y honda tristeza que hace su aparición de manera muy evidente en la segunda semana.

Al cabo de unos ocho o diez días, tanto su rostro como su cuerpo expresan un estado de intensa depresión.

La mirada es extraordinariamente triste, sus ojos ojerosos se encuentran claramente hundidos y su mirada es fría y vacía. La rigidez de su mirada, de la que se desprenden sonrisas cuando son solicitadas por mí ó por la madre, expresa un estado de hundimiento y auto abandono.

Sin placer, los movimientos, tensos y excitados pasan, de pronto, a la posición de un cuerpo desplomado sobre la sillita. Así pues la respuesta sonriente y agitada que emite cuando es solicitada o cuando busca despertar la atención de su entorno, contrasta con el vacío de alegría, placer y vitalidad sosegada.

¿Qué es lo que produce inasimilación, rechazo y desamparo en este bebé?

La intensa pérdida de ternura^{xvii} de una madre atrapada en un movimiento defensivo, de supresión masiva de sus afectos, desde el que intenta protegerse del desbordamiento de las vivencias de intenso dolor psíquico que conmocionan su ser más profundo.

Este movimiento, que busca suprimir la percepción de la angustia vital en ella, genera varios efectos en el bebé:

El primero tiene que ver con su percepción de la abrumadora angustia y violencia interna de la madre que llega golpeando de pleno su alta sensibilidad receptiva, colocándolo en una situación de colapso psíquico.

El segundo tiene que ver con la percepción de un doble movimiento emocional del objeto materno que se produce, simultáneamente, en dos direcciones contrapuestas: por un lado la madre tiende al sobre apego y por otro al distanciamiento afectivo. Doble movimiento contradictorio que también impacta en la sensibilidad del bebé.

El tercero tiene que ver con la actividad supresora que la madre desarrolla, de aquellas manifestaciones sonoras y gestuales, espontáneas y subjetivantes, que el bebé despliega para expresar su individualidad emocional en busca de un objeto empático con el que compartir su **identidad emocional primaria** y co-narrar su experiencia dolorosa de vida.

Expuesto a un desinvertimiento afectivo masivo al que, desde muy temprano, el bebé reacciona con un procedimiento psíquico que busca su independencia emocional por la vía de la prematuridad yoica, para evitar la experiencia dolorosa de su pérdida.

Estos procesos tempranos, de rechazo a la alimentación, y a la representación

primitiva del objeto, llevan en última instancia al bebé, a una *agonía silenciosa* ligada a la experiencia de desamparo derivada del proceso de desarraigo de sus procesos investientes, tanto del objeto como del yo-cuerpo.

El rechazo a alimentarse y el vómito buscan suprimir la experiencia de contacto con el contenido material, representante del contenido psíquico inasimilable, en un tiempo en el que aún no puede entrar en juego el desplazamiento fóbico sobre la figura del extraño. En esta situación en la que se intenta preservar la vida psíquica, protegiéndola de los contenidos psíquicos “tóxicos” provenientes del objeto, se pone en riesgo la auto-conservación somática.

El movimiento defensivo, temprano, de expulsión del alimento, se produce de forma simultánea al de expulsión de la experiencia emocional con un objeto constituyente de la “vivencia de completud yoica”. Expulsión que expone, por tanto, al yo a una renuncia desgarradora de su experiencia de ser.

El movimiento de reclamo, posterior a la separación en la alimentación, permite deducir que en el estado anterior, de contacto continuo con la madre, existía una desconexión de sus apetencias hacia ésta.

Esta situación, de retirada masiva de investiduras buscadoras del mundo emocional de la madre deja al bebé a merced de un estado de profundo desamparo-primitivo de naturaleza depresiva esencial^{xviii}.

La expresión “*dejarse morir con la sonrisa en la boca*”, resumiría la paradoja que nos desorienta a la hora de detectar a un bebé atrapado en una situación traumática, de éstas características.

Al ser examinado en el momento del ingreso o en las visitas rutinarias, incluso, cuando ha alcanzado un nivel de franca gravedad depresiva, el bebé mantiene la cordialidad, la interacción, la respuesta sonriente e incluso juguetona hacia su interlocutor.

En los momentos de mayor depresión podemos encontrarnos con una mirada hundida por una gran tristeza muy visible junto a un comportamiento que conserva una capacidad de responder con sonrisa a nuestras solicitudes o a las de los padres. Por debajo de este comportamiento aparentemente alegre y reactivo, existe un drama emocional del cual el bebé se defiende suprimiendo a toda costa su percepción emocional intrapsíquica y el afloramiento de ésta a la conciencia.

Esto que es tan paradójico, confunde a la hora de explorar e investigar los indicios semiológicos de posible sufrimiento emocional en el bebé.

Debajo de esta apariencia de niño risueño y cordial, que responde a las solicitudes, tenemos un drama oculto que se manifiesta, entre otros indicios, a través de ese rechazo progresivo de la alimentación y de la alteración del dormir.

La tragedia que se produce en torno a estos mecanismos de defensa, que buscan desconectar al bebé de la experiencia violenta de angustia-pánico, ligada a lo traumático, es que estos le impiden experimentar la doble pérdida a la que se vive expuesto:

Por un lado, la pérdida del objeto libidinal, y por otro la de su interioridad emocional, de la cual queda cortado generándose, silenciosamente, un sentimiento de desamparo-desarraigo, profundo, de su propia vitalidad que deja de abastecer su experiencia de ser. Pérdidas dolorosas que no puede llorar.

Llorar con el extraño el desconsuelo, la violencia y el pánico, permite desarrollar la experiencia de recuperar su sentimiento de ser y junto a él, las ganas de recuperarse a sí mismo y de recuperar al objeto ligado narcisísticamente al propio yo.

Por una parte, intenta dejar de percibir el dolor que genera el objeto traumatógeno mientras, por otra, sigue manteniendo vivo el interés por el objeto ligado a su propia supervivencia.

En Ana, el llanto-dolor de los primeros tiempos, al salir de neonatología y reencontrarse con su madre, quedará reemplazado por la auto-desconexión de su percepción de las fuentes de su sensibilidad interna.

Esta experiencia temprana traumatógena va a generar en el bebé una *precocidad perceptiva* y un *estado interno de hipersensibilidad emocional muy reactivo* en el que la angustia del objeto materno va a resonar de una forma tan inevitable como inasimilable, produciendo en él una temprana vulnerabilidad psicosomática derivada de su extrema sensibilidad receptiva.

Así pues, aunque el niño desarrolle procesos defensivos de carácter y de comportamiento, entre otros, para evitar vivirse golpeado por el sufrimiento y la amargura, *no dejará sin embargo de permanecer conectado de manera directa en éste nivel primitivo de percepción de los afectos y de sufrir somáticamente las fluctuaciones emocionales maternas inasimilables.*

El esfuerzo por rescatar y reanimar psíquicamente al bebé, en estos primeros tiempos de la vida, busca asegurar su supervivencia física y evitar que cristalice la inercia a reutilizar los mecanismos antitraumáticos.

7.6. Pueden afectar neurológicamente estos mecanismos de defensa intrapsíquicos tan tempranos?

Me pregunto por el grado en el que la actividad deficitaria de las neuronas espejo, implicadas en la simulación encarnada, pueda verse condicionada por una sobre-activación muy temprana de mecanismos intrapsíquicos cercanos a los de desconexión de la percepción de las emociones, de las sensaciones y de supresión de la expresividad, paradigmáticos de la patología psicosomática muy temprana.

En la medida en que los neurocientíficos observan una hipoactividad de ciertas zonas de neuronas espejo ligadas a una dificultad para la simulación encarnada ó identificación emocional con los sentimientos del otro en ciertas patologías como el Síndrome de Asperger, cabe preguntarse si dicha dificultad neurológica guarda alguna relación con los pacientes que, según el modelo de Pierre Marty (1992), desarrollan una vida operatoria.

Los conocimientos que tenemos sobre las intervenciones clínicas muy tempranas en la patología psicosomática del bebé, nos permiten observar una reversibilidad de estos mecanismos antitraumáticos que, de permanecer, pueden desembocar en la patología del vacío^{xix}.

Sin menoscabo de los conocimientos derivados de la compleja investigación pluridisciplinaria que se desarrolla en torno al autismo, propongo reflexionar sobre la hipótesis de que al igual que en la patología psicosomática temprana existen mecanismos psíquicos antitraumáticos muy precoces que pueden desembocar en la patología del vacío,

también puedan existir mecanismos intrapsíquicos de defensa muy tempranos y más radicales en los niños afectados de autismo.

Pero veamos ahora, brevemente, si algunos de los conocimientos neurocientíficos que la concepción de la Plasticidad Neuronal a aportado recientemente, nos ayudan a esclarecer si resulta verosímil la hipótesis formulada anteriormente sobre la posible afectación neurológica producida por la activación precoz de los mecanismos psíquicos antitraumáticos.

7.7. La plasticidad neuronal.

Sintetizaré ahora algunos conocimientos extraídos del libro de François Ansermet y Pierre Magistretti (2006).

Aportes recientes de la neurobiología muestran que la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia y posibilitan salir de una visión estática de sistema nervioso. Los elementos más finos del proceso de transferencia de información entre las neuronas, o sea las sinapsis, sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida.

El conocimiento biológico que aportan estos conocimientos, permite objetivar la huella producida por la experiencia, bosquejando un puente entre la huella psíquica y la huella sináptica establecida en la red neuronal.

Las huellas se inscriben, se asocian, desaparecen, se modifican a largo de la vida por medio de mecanismos de la plasticidad neuronal. Estas huellas inscritas en la red sináptica determinarán también la relación del sujeto con el mundo exterior.

La plasticidad participa en la emergencia de la individualidad del sujeto.

Si consideramos la experiencia como determinante en el devenir del sujeto, nos alejamos de un determinismo genético exclusivo que determina desde un inicio su destino.

La constitución de ésta realidad interna inconsciente, fundada sobre los mecanismos de la plasticidad, no es exclusivamente un fenómeno de orden psíquico, sino que también involucra al cuerpo. A las percepciones que dejan una huella en la red sináptica se asocia un estado somático.

Desde esta perspectiva, la percepción está asociada con un estado somático; y el recuerdo del estado somático asociado con una percepción contribuye a producir la emoción. La lectura o el recuerdo por sistemas neuronales particulares, del estado somático asociado a la percepción o a las huellas que esta última ha dejado en la red sináptica sería un elemento determinante en la experiencia emocional subjetiva.

El fenómeno de la plasticidad demuestra que la experiencia deja una huella en la red neuronal, al tiempo que modifica la eficacia de la transferencia de información a nivel de los elementos más finos del sistema.

Es decir que más allá de lo innato y cualquier dato de partida, lo que les ha seguido por medio de la experiencia deja una huella que transforma lo anterior. La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas; y los cambios son tanto de orden estructural como funcional.

El cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos con los actos del sujeto, por otro.

La plasticidad demuestra que la red neuronal permanece abierta al cambio y a la contingencia, modulable por el acontecimiento y las potencialidades de la experiencia, que siempre pueden modificar el estado anterior. La plasticidad transforma considerablemente la opinión generalizada sobre la función cerebral y sus relaciones con el medio ambiente y la vida psíquica.

A la inversa de lo que parece sugerir la idea convencional de determinismo genético, la plasticidad pone en juego la diversidad y la singularidad.

El concepto de plasticidad discute con la antigua oposición entre una etiología orgánica y una etiología psíquica de los trastornos mentales; y altera los datos de la ecuación al punto de concebir una causalidad psíquica capaz de modelar lo orgánico.

Es posible constatar lo mismo con respecto a la actualidad del problema de la epigénesis.

En efecto, el nivel de expresión de un gen dado puede estar determinado por las particularidades de la experiencia. En el funcionamiento de los genes existen mecanismos que intervienen en la realización del programa genético y cuya función es reservar un lugar a la experiencia; al fin de cuentas, es como si el individuo se revelará genéticamente determinado para no estar genéticamente determinado.

El concepto de plasticidad lleva a imaginar una integración compleja entre una determinación genética y una determinación ambiental o psíquica. El genotipo de un lado, y la experiencia o el acontecimiento, del otro, constituyen dos dimensiones heterogéneas de la plasticidad. La plasticidad integra genoma y ambiente en un mismo nivel lógico, habilitando con una nueva mirada sobre la etiología en la patogénesis de las enfermedades psíquicas, más allá del reduccionismo que implica la oposición habitual entre lo orgánico y lo psíquico.

Las enfermedades monogénicas representan tan sólo entre el 2% de las afecciones observadas. Actualmente se supone que diferentes genes están implicados en la aparición de una enfermedad psiquiátrica o, más exactamente, en la susceptibilidad para la enfermedad.

Según éste enfoque, la aparición de una enfermedad dependería, entonces, de una interacción entre genotipo y medio ambiente.

Dos determinismos paralelos, aunque diferentes, están presentes: un determinismo genético, o más bien poligenético, y un determinismo ambiental o psíquico; ambos forman parte del cerebro de la plasticidad.

La determinación genética no sería mayor que la determinación ambiental o psíquica; por el contrario, son dos determinaciones cuya articulación debe ser pensada a través del fenómeno de la plasticidad.

Neurociencias y psicoanálisis pueden ponerse en relación por medio de la plasticidad, respetando al mismo tiempo la existencia de elementos diferentes. Sólo este último modelo da cuenta del fenómeno de la plasticidad **donde lo psíquico marca lo orgánico y afecta a la materia**, pues deja huellas materiales, concretas, acordes con experiencia.

La propiedad que dicha plasticidad neuronal confiere a nuestro cerebro es la de registrar de forma durable en los circuitos neuronales las informaciones provenientes de nuestro entorno, y permitir que las experiencias vividas por cada individuo dejen una huella en los circuitos neuronales, especialmente lo que las neurociencias contemporáneas llaman la memoria emocional.

Los mecanismos de plasticidad que ocupan a estos investigadores se centran en torno a los contactos entre las neuronas, allí donde intercambian las informaciones. Esa zona de contacto entre las neuronas se llama sinapsis. Cada neurona recibe aproximadamente 10.000 sinapsis que provienen de otras neuronas. Esto da un total de 1000 billones de puntos de contacto en los que la información entre las neuronas puede ser transmitida. La información que se trasmite de una neurona a otra, en cada uno de estos puntos de contacto (sinapsis), varía a lo largo de la vida en función de la experiencia.

Una sinapsis es el sitio de la transferencia de información entre las neuronas, y dicha transferencia nunca es de naturaleza binaria ni de intensidad constante; por el contrario es altamente modulable.

Los mecanismos de regulación permiten establecer las condiciones de la plasticidad por modificaciones durables de la eficacia sináptica, asociadas con los procesos de aprendizaje y de memoria y, por tanto, con la constitución de una huella en la red neuronal. Por una parte, el cerebro posee mecanismos que permiten percibir el mundo exterior y otros mecanismos que llevan a inscribir dichas percepciones en la red neuronal y a conformar los recuerdos.

Estímulos procedentes del mundo exterior dejan una huella en la red neuronal bajo la forma de una modificación de la eficacia sináptica. Parece totalmente justificado hablar de huella, no sólo en términos de mecanismos moleculares, sino también de huella dejada por la experiencia a nivel de la propia estructura de la sinapsis. Se puede producir tanto un aumento como una disminución de la eficacia de la transferencia de información a la sinapsis y se puede hablar de una plasticidad de la expresión de los genes.

7.8. Conclusión y propuesta.

La relación que existiría entre la experiencia emocional interactiva, de sufrimiento, y el desarrollo de mecanismos psíquicos antitraumáticos, muy tempranos, capaces de producir alguna afectación neurobiológica ó epigenética, parece ser una hipótesis sostenible para la investigación, a la luz de los resultados de la clínica psicopatológica del bebé y de las neurociencias.

Aunque también resulta evidente, desde la luz que nos procuran las intervenciones psicoterapéuticas muy precoces, con bebés de pocas semanas que desarrollan un funcionamiento autístico, que éste es reconducible a un funcionamiento normal cuando intervenimos muy pronto en el ámbito de una psicoterapia conjunta padre-madre-bebé, suficientemente especializada.

Sin entrar a considerar el peso que los factores genéticos tendrían en algunos autismos, la clínica de la psicopatología temprana nos señala que las experiencias traumatógenas muy tempranas, ligadas a la interacción, pueden no sólo dejar una huella neurobiológica ó epigenética sino también alterar, crónicamente: las funciones psíquicas de la atención; la percepción de experiencias sensoriales y emocionales propias y ajenas hasta producir procesos de desconexión muy radicales; los procesos de identificación/empatía,

así como la intencionalidad expresiva/comunicativa, entre otras. Alteraciones que señalan claramente una intrincación entre el déficit y la defensa.

¿Pero cuánto de ése “déficit” pertenece a lo neurobiológico y cuanto pertenece a la alteración de las funciones psíquicas implicadas en la interacción?

Si la clínica perinatal nos señala la posibilidad de revertir los procesos psíquicos tempranos de defensa antitraumática, gracias a una intervención psicoterapéutica bebé-madre-padre, las neurociencias nos señalan desde su concepción de la plasticidad neuronal, la posibilidad de una modificación de las huellas neuronales a partir de la modificación del funcionamiento psíquico.

Desde ésta perspectiva se vuelve evidente, como sucede en la patología psicósomática, la necesidad de incluir la atención psicoterapéutica padre-madre-bebé/niño en las patologías del espectro autístico para que la naturaleza de la experiencia emocional, inherente a la interacción, mejore y podamos rescatar al bebé y a sus padres del sufrimiento.

7.9. REFERENCIAS

- Ansermet, F., & Magistrati, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Editorial Katz.
- Cohen-Solal, J. & Golse, B. (1999). *Au début de la vie Psychique, le développement du petit enfant*. Ed. Odile Jacob.
- Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique les psychothérapies mères-bébés*. Le fil rouge. Ed. PUF.
- Gallese, V. (2006). La consonanza intencionale: Una prospettiva neurofisiológica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile. Publicado en *Corso di Stampa*.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Ed. PUF.
- Houzel, D. (1989). Penser les bébés - Réflexions sur l'observation des nourrissons, *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1989,19, 27-38.
- Kreisler, L. (1996). Patologías funcionales neonatales alarmantes. *Revista Francesa de Psicopatología* nº 9. Ed. PUF
- Kreisler, L. (1992). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Dunod. Paris.
- Leroy-Gourhan, A. (1983). Au fil du temps, Ethnologie et préhistoire. Ed. Fayard, Coll. Points, série Sciences.
- Manzano, J. (1996). Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles. Genève: *Médecine et Hygiène*, 167 p, pp.9-11.
- Palau, P. (2009). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé, publicado en *Revista Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.
- Palau, P. (2009). Abordaje psicoterapéutico de lo psicopatológico y de lo autístico primario, en las primeras semanas de vida: interacción traumatógena y defensas psicopatológicas tempranas. Ponencia de la II Jornadas científicas organizadas por ADISAMEF en Ibiza, en octubre de 2009.
- Palau, P. (2007). Factores agravantes de la diabetes infantil, publicado en el nº 8 de la *Revista Iberoamericana de Psicopatología* de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
- Palau, P. (2007). Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno. *Revista de psicopatología y psicoterapia médica*, 1º número del año 2007. Publicado por el Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Revista de psicopatología, y de Psicoterapia médica*, nº 61 .
- Palau, P. (2000). Bebé en riesgo: mamá no nos vemos. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*. Ed. SEPIA
- Pragier, F. (2007). *Repenser la psychanalyse avec les sciences*. PUF. Paris.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Gerofieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Edit. ELSEVIER-MASSON.
- Rizzolatti, G., Fogassi, F. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. *Perspectives. Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- Rizzolatti, G., Arbib, M.A. (1998). Language within our grasp, *Trend Neurosci* 21, 188-194.
- Sifneos, P. (1995). Psychosomatique, alexitimies et neurociences, in *Revue Française de Psychosomatique*, nº 7. PUF.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire. Études psychanalytiques*. Le fil rouge. Ed. PUF.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson - Une perspective psychanalytique et développementale*. Ed. Puf, Coll. Le fil rouge.
- Szwec, G. (1998). *Les galériens volontiers*. Ed. PUF.

CAPITULO 8. PSICOSOMÁTICA Y AUTISMO EN EL NIÑO PEQUEÑO: INTERACCIÓN, AFECTOS Y AUDICIÓN.

Artículo: Palau, P. (2010). Psicología y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición. *Revista de Psicología y Psicoterapia Médica*, nº 74. Ed. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica. Publicado también en la *Revista de Psicoanálisis* de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 61-2010, *Psicología*.

8.1 Resumen.

Partiendo de un caso, este artículo aborda varios aspectos de la clínica infantil del espectro autista y del trastorno psicología. Reflexiona sobre algunas manifestaciones de ambas patologías, en el contexto de la interacción temprana entre el bebé y su entorno y establece similitudes y diferencias entre ambas patologías.

Aborda algunos mecanismos psíquicos de defensa prevalentes en ambas patologías y, sin pretender abordar la etiología del autismo, se centra especialmente en la percepción auditiva del bebé y los efectos que, en algunos casos de autismo, puede producir la utilización muy precoz de mecanismos de defensa antitraumáticos, al poder participar éstos, junto a otros factores endógenos y exógenos, en el trastorno de la perceptividad y de la expresividad emocional.

Pone en relación los trastornos de la expresividad y las investigaciones sobre las hiperfrecuencias en bebés con trastornos de la comunicación. Aborda la negatividad y la negativación, procesos ligados a la interacción y presentes en diferentes patologías. Finalmente aborda las narraciones de personas que mantienen una alta sensibilidad auditiva a lo largo de toda su vida.

Palabras clave:

Autismo infantil, psicología infantil, audición, procesos antitraumáticos, perceptividad, expresividad, negatividad y negativación, hiperfrecuencias, psicoterapia.

8.2 Introducción.

Este artículo pretende reflexionar sobre algunos aspectos clínicos, ligados a la interacción, que afectan de manera directa la vida de los niños que han desarrollado una patología del espectro autista ó una patología psicología, y también estimular el esfuerzo por ampliar nuestra comprensión sobre el mundo emocional del niño autista y sobre la situación emocional en la que, en algunos casos, puede encontrarse su familia, con el fin de investigar modelos de intervención psicoterapéutica, más eficaces.

Es bien sabido que la psicopatología temprana encuentra en la psicoterapia conjunta de la diada y de la triada uno de sus más valiosos recursos terapéuticos cuando ésta es practicada por psicoterapeutas, psicólogos clínicos, psiquiatras y psicoanalistas, no solo formados en el campo infante-juvenil sino también, y de manera especial, adiestrados en la comprensión y el abordaje psicoterapéutico de la psicopatología perinatal.

Pero ¿es posible también realizar una aportación eficaz, desde el marco de la prevención y de la psicoterapia de la triada padre-madre-niño, en la patología del espectro autista, como lo viene siendo en la patología psicósomática y en otros trastornos de aparición precoz?

¿Qué concepciones teórico-clínicas pueden guiar nuestra intervención? ¿En qué medida es correcta la representación de un niño insensible ante los afectos ajenos, desconectado de la realidad externa, que no participa ni resulta afectado, supuestamente, por las vivencias emocionales de su entorno; un ser que desde esos supuestos, permanece ajeno a los intercambios emocionales que tejen su historia personal y familiar?

A partir del fragmento clínico de un niño autista, voy a considerar ciertos efectos psíquicos que pueden producirse en un bebé expuesto a una experiencia relacional traumatógena^{xx,xxi}, (Palau, 2006).

También reflexionaré sobre algunas similitudes y diferencias observables entre los procesos psíquicos de defensa tempranos, propios de la psicopatología perteneciente al ámbito del espectro autista y de los pertenecientes a la patología psicósomática, *centrándome en aquellos que afectan a la percepción de los sonidos producidos por las palabras y los afectos que éstas vehiculan*, y que por su precocidad, su cualidad, su cantidad ó su duración, pueden formar parte de aquellas dificultades que pueden alterar tempranamente la interacción.

8.3. - La audición.

La audición es la modalidad sensorial que más precozmente se desarrolla para percibir la experiencia emocional compartida con el objeto y que resulta menos modulable de forma voluntaria, puesto que el bebé no puede sustraerse a ella mediante su comportamiento, como sucede con su mirada.

El alejamiento físico del objeto permitirá evitar su percepción del contacto corporal. Por otra parte, la desviación de la mirada, que rehúye el contacto con los ojos del otro, evitará la percepción de aquellas emociones e intenciones presentes en él. El olfato también puede ser puesto a distancia, a partir de cierto momento. El desinvestimiento de las zonas orales y el rechazo de la alimentación ó su expulsión mediante el vómito, son también algunos de los recursos que pueden ser usados para intentar deshacerse de una experiencia emocional inasimilable, experimentada en la interacción con el otro.

A la audición, le queda: a) el dormir; b) el dejar de escuchar desviando la atención hacía otros estímulos sonoros y sensoriales y c) el recurrir a la defensa intrapsíquica. Cuanto más pequeño es el niño, menos disponibles resultan los recursos comportamentales. Dentro del primer mes de vida el bebé no puede más que dormirse ó intentar, de manera rudimentaria, desconectarse psíquicamente de la percepción interna de malestar ligada a lo auditivo.

8.4. La Clínica.

Hablaré de **Daniel**, un niño autista de dos años y medio.

Cuando sus padres vinieron a consultarme, el niño ya había sido diagnosticado de autista y se encontraba atendido por un neuropediatra, en un centro de estimulación temprana especializado en niños pertenecientes al espectro autista, por una especialista en

dietética y por un especialista del aparato digestivo.

Nuestros primeros encuentros:

En las dos primeras entrevistas mantenidas con el niño y los padres, estos se extrañaron mucho porque yo quisiera atribuir y construir, en torno a algunos comportamientos de Daniel, un significado de naturaleza emocional y con cierta intencionalidad interactiva.

Me decían: ¿Cree usted que entiende lo que le decimos? ¿Usted cree que él entiende eso? ó ante algunos momentos de parloteo: "lo que dice son ecolalias". O ante ciertos comportamientos: "son cosas que le han enseñado en el centro y él las repite por imitación".

Y también me hacían preguntas ligadas a su angustia ¿usted cree que se puede curar? ¿Usted cree que es autista?

Después de dos sesiones de observar a Daniel y de intentar acercar a los padres a su mundo intrapsíquico y emocional, pedí a estos que reflexionaran sobre la demanda que me hacían y sobre lo que podían esperar de mí, aclarándoles que lo que yo podía aportar en el plano terapéutico, de manera complementaria a todo lo que ya se estaba haciendo por Daniel, en el terreno neuropsiquiátrico y psicoeducativo, era, entre otras cosas, ayudarles a entender el mundo intrasubjetivo de su hijo y de ellos mismos en su interacción con el, para mejorar la calidad relacional y emocional de todos ellos.

De esta manera y con puntos suspensivos terminaba la segunda sesión, repleta de muchas preguntas en busca de respuestas validantes o invalidantes de definiciones y pronósticos predictivos, que ya habían sido hechas y respondidas por diferentes especialistas.

Fue una sesión en la que también tuvieron la ocasión de rebatirme las percepciones y conceptos que yo les aportaba, cuando no coincidían del todo con aquellas que provenían de otros especialistas, ó de aquellas que ellos mismos habían asumido.

De hecho, casi nada de lo que podía decirles era aceptado por la madre. Después de una respuesta mía venía su "pero..." inquietante, insatisfecho y, a veces, aturdidor, sin apenas haberme podido escuchar.

Como en efecto ocurrió en la 2ª sesión, en la que la madre se defendió de las observaciones que, a petición suya, yo le había hecho sobre su alto grado de ansiedad y su estado de hiper-vigilancia y sobreprotección, que parecían dificultar el desarrollo del espacio expresivo (proyectivo-intencional) del niño.

Buscaba controlar cada movimiento de Daniel porque temía que pudiera hacer algo malo ó pudiera ocurrirle algo malo, cuando en ése momento el comportamiento del niño no suponía, a mi parecer, ningún riesgo de dañar ó de dañarse.

Como ya he dicho, yo no tuve la iniciativa de señalarle tal comportamiento; lo que hice fue responder con cautela a sus insistentes preguntas: "¿cree usted que soy demasiado nerviosa? ¿Cree usted que estoy demasiado encima del niño, como me dice mi marido?" etc. Ella quería saber de inmediato mi opinión y yo habría preferido esperar a un tiempo posterior, en el que el conocimiento mutuo estuviera más desarrollado.

Pero veamos ahora lo que sucedió con Daniel.

En las dos primeras sesiones jugué con él, intentando pasármelo bien, introduciendo contratiempos en sus inercias compulsivas a moverse en redondo, ó pasear de un lado a

otro de la habitación ó permanecer ensimismado manipulando lápices de color. Le expresaba rivalidad, complicidad ó le creaba una situación de conflicto.

Intentaba encontrar indicios de deseo, de intención, de sentimientos, de proyectos, para desarrollar hipótesis constructoras de sentido y poder verbalizarlas en presencia de sus padres.

Lo acompañaba en una preferencia, por ejemplo invitándolo a construir y jugar al escondite cuando había observado su tendencia a retirarse de la estancia, en una búsqueda de soledad y salvaguardia, mientras sus padres hablaban.

Le dejaba un lápiz de color ó se lo retiraba expresándole, con una pequeña queja infantil, que yo también lo quería para pintar; ó le decía lo que me parecía que el quería comunicarme con un “cerrar y abrir de ojos”, que sucedía, frecuentemente, después de algo que yo le había dicho ó estaba diciéndole.

Eran situaciones enigmáticas que aparecían ó hacíamos aparecer por primera vez. Por una parte estaba lo supuestamente igual o destinado a la repetición y por otra lo nuevo, inventado desde una mirada distinta y atrevida.

Pero ¿qué significaban todos estos comportamientos para sus padres? Ellos, que esperaban que yo les dijera qué era Daniel, cuando en realidad yo me esforzaba por descubrir qué sentía, qué pensaba; y en definitiva, quien era y qué vivía en su intimidad.

Resultaba esencial transmitir a los padres la necesidad de llegar a descubrir lo que Daniel podía pensar y sentir, para poder ayudarles.

Yo necesitaba entender la experiencia íntima de su cuerpo, de sus sentimientos, de sus sensaciones, de sus pensamientos, del mundo emocional y narrativo de sus padres, descubrir y rastrear los vestigios de antiguas y de nuevas huellas de comunicación en el ámbito de la interactividad empática.

Al terminar la segunda sesión les pedí que reflexionaran sobre el deseo que ellos pudieran tener de seguir conmigo, sobre la base de lo que ya habíamos hablado. Les dije que yo tenía la impresión de que, más allá de esperar que yo contestara a muchas de sus preguntas para confirmar ó refutar lo que ya pensaban ó se les había dicho, no se habían planteado mucho más.

Un mes más tarde me llamaron pidiéndome seguir adelante y la primera sesión que tuvimos es la que describiré a continuación:

Después de saludarlo e invitarle a pasar con sus padres y seguido por éstos, Daniel recorre el pasillo y una estancia amplia, y llega a la sala de juegos en la que estuvimos en nuestros dos primeros encuentros.

Sus padres se sientan, yo también y él se acerca al rincón que forman mi sillón y la esquina de la estancia. Se adentra unos segundos en ése hueco y sale. Después va a sentarse en el sofá, en medio de sus padres.

Cuando éstos comienzan a hablarme, él sale de la habitación y se pone a recorrer el espacio de la sala contigua. Yo le sigo, manteniéndome a cierta distancia, sujetando con una mano un bloc de notas que llevaba y un bolígrafo.

Al llegar a la sala contigua se ha quedado observándola y ha descubierto dos bolígrafos que había encima de una mesa baja. Después de cogerlos, mientras me mantengo a una distancia aproximada de entre uno y dos “cuerpos”, ha visto que yo llevaba otro en mi mano y me lo ha cogido sin mediar ninguna mirada ni sonido, como si el paso de mi mano a la suya no pudiera afectarme ni producir reacción y fuera la repetición del acto anterior, en el que se apoderaba de los que estaban encima de la mesa.

Entonces he “forcejeado” con él, intentando “rescatar” mi bolígrafo, como quejándome de que me lo hubiera cogido; me he puesto a su altura agachándome, colocándome de cuclillas ó gateando para que, mientras yo le expresaba mi afectación, él pudiera encontrarse con mi mirada y yo con la suya. Me he quejado “¡Es mío, oye, es mío!, ¡Jolín, es mío, dámelo que es mío!” Y lo he hecho usando la musicalidad que usan los niños pequeños cuando se quejan disgustados, con ésa musiquilla de pequeño afligido y enfadado que pide por favor. Esperando que la música ablande el empeño del poderoso que lo despoja de su propiedad.

Varias veces después de forcejear, de rescatar mi bolígrafo y ponerme a dibujar con él sobre un folio y después de que él volviera a cogérmelo y yo repitiera mi forcejeo como si fuera un niño pequeño enfadado y afligido, después de que él también rayara un poco en la hoja, Daniel ha cambiado de interés y se ha puesto a correr en redondo en el medio de la sala.

Entonces me he puesto de rodillas en el suelo, con los brazos extendidos en cruz y le he cortado el paso diciéndole “¡Barrera, no puedes pasar!” ¡”No puedes pasar, barrera!””. Ante mi barrera Daniel ha optado, cada vez, por agacharse y pasar por debajo, mientras yo me quejaba de que se estuviera saltando la norma del juego que consistía en que él debía de pararse cuando la barrera estuviera puesta.

Al cabo de dos ó tres veces de pasar por debajo de la barrera, mientras yo me quejaba “amargamente” diciendo ¡”Eso no vale, no puedes pasar porque hay barrera, no vale, tienes que pararte!” ó “¡ Jolín! no vale! por debajo no vale, no puedes pasar!” Daniel ha comenzado a sonreír ligeramente expresando de ése modo su placer por transgredir la norma y participar de un juego que yo estaba disfrutando con él, ante la mirada de sus padres que se habían trasladado al nuevo escenario y permanecían sentados observando en silencio.

Después de repetir unas 5 ó 6 veces el juego, que cortaba con la repetitiva compulsividad del comportamiento de correr en redondo, Daniel ha elegido otro escenario para seguir corriendo en redondo, ésta vez alrededor de un sillón. Entonces, agachándome como si fuera un niño pequeño como él, me he puesto a girar alrededor del sillón, en sentido contrario al suyo, pidiéndole que se apartara para dejarme pasar, que retrocediera dando la vuelta en sentido contrario.”¡Cuidado que voy, quita que paso”! han sido las expresiones usadas mientras nuestros cuerpos se chocaban suavemente y él acababa retrocediendo y modificando el sentido del giro ó conseguía pasar.

A lo largo de los diferentes escenarios de juegos introducidos sobre la marcha, en los que intentaba implicarlo, Daniel me ha mirado frecuentemente, sosteniendo su mirada largos segundos en alguna ocasión y ha parpadeado ante los comentarios que yo le dirigía al calmarse el juego, pero en otras también ha parlotado sin que yo pudiera entenderle.

Entretanto, la madre se quejaba porque con ella no paraba de moverse, como cuando

iba al supermercado y siempre se disgustaba con él porque se ponía imposible y ella acababa agotada y enfadada. Por su parte, el padre decía que con él estaba más tranquilo y se sujetaba del carro de la compra porque él le daba más confianza, mientras que ella estaba siempre preocupada por lo que pudiera pasar.

Momentos después de que la madre y el padre comenzaran a relatar lo que les sucedía con Daniel, éste ha vuelto a la sala de juegos y nosotros con él.

Al llegar, sus padres se han sentado y Daniel ha intentado reaccéder al espacio que existe entre el sofá en el que estaban sentados ellos y la pared. Espacio en el que guardo unas colchonetas cuadradas que los niños usan a menudo para construirse un refugio. En la segunda entrevista yo había tenido la iniciativa de habilitar ése “espacio refugio”, al darme cuenta que él tendía a recogerse en ése rincón. Como la vez anterior, pido a los padres que se levanten para aumentar el espacio disponible para construir la “cabaña” y el padre me ayuda a colocar las colchonetas cuadradas, conformando las paredes y el techo. Inmediatamente Daniel se adentra, quedándose sentado y en silencio.

Es entonces cuando la madre comienza a decirme que quiere contarme cosas “muy fuertes” que le suceden y que ella no puede remediar. Cosas que ella sabe que no están nada bien y que necesita que yo le ayude a entender y resolver. Le pide a su marido que me lo cuente por ella y éste comienza a auxiliarla, aunque le pido que deje que sea ella la que exprese lo que siente, a su manera, para poder entenderla mejor.

Entonces, con una mezcla de angustia y vergüenza, la madre comienza a decirme que ella siempre está preocupada porque es muy negativa y no puede ver nunca bien las cosas que suceden. Que siempre le parece que van a ocurrir cosas muy malas, aunque pueda razonar que no tiene porque suceder así, que la mantienen temerosa en un estado de continua alerta y susto (Palau, 2007).

Me dice que ella no entiende las intenciones de los demás, de tal manera que puede ser muy desconfiada cuando la otra persona está llena de buenas intenciones ó al revés y ser incapaz de sospechar de alguien que pueda querer perjudicarla. Me dice que todo eso le ocurre desde siempre y que le gustaría que yo la ayudara a entender porqué le pasa y de dónde le viene. Piensa que, a lo mejor, puede tener que ver con su vida infantil porque su madre es aún mucho más negativa y sufridora que ella.

Después de largos minutos de expresar, con intensa crudeza, la angustiada situación emocional que la desborda, su hijo, que hasta ése momento ha permanecido quieto y en silencio en su refugio, expresa un quejido agudo y corto. El padre dice que parece haberse asustado.

Después del quejido, a medio camino de una queja de susto y de dolor, Daniel sale de su cabaña y se dirige rápidamente hacia la sala contigua. Lo sigo y observo, desde la distancia, que se ha subido al sillón, que ya probó la vez anterior, y que, después de recogerse en él, mientras mira a lo lejos, empiezan a dibujarse muecas de tristeza y de llanto.

Le digo entonces, suavemente, procurando permanecer muy por debajo de la intensidad con la que él expresa su incipiente llanto, que parece sentirse triste, muy triste y asustado.

Daniel comienza a llorar abiertamente mientras la intensidad del pesar, que poco a

poco hace su aparición, sigue en aumento. La escena es muy triste, llora con desconsuelo, con un llanto entrecortado por el pesar. Las lágrimas y los mocos se desparraman por sus mejillas, mientras le sigo hablando, diciéndole que parece haber sentido mucho susto en el mismo momento en el que su madre hablaba de sus propios miedos.

Sigo hablándole mientras su llanto aumenta y él busca recogerse con sus manos y con su pequeño cuerpo, intentando colocar su cabeza entre sus piernas para contenerse a sí mismo.

La escena es muy conmovedora y he pedido a los padres que se acerquen hasta el umbral de la puerta para que puedan observarle sin que él pueda sentirse “cortado” por su presencia.

Después de unos diez minutos de llorar sin parar, mientras yo sigo hablándole de lo que me parece que siente, manteniéndome a una distancia prudencial, no menor de unos dos cuerpos, viendo que el intenso desconsuelo de Daniel va en aumento y percibiendo su necesidad de amparo, escuchando mi corazón, sentado en el suelo frente a él, le abro mis brazos y le digo “ven Daniel, ven”.

Ante mi invitación Daniel baja del sillón, en el que su pequeño cuerpo permanecía acurrucado, y se echa a mis brazos, colocando su cabeza sobre mi hombro, mientras me rodea con sus brazos y yo lo rodeo suavemente con los míos.

Mientras sigo hablándole, desde el sentimiento de compasión y ternura que me produce su estado de desconsuelo, le digo que vamos a cuidar de él y protegerlo para que no le ocurra nada que pueda asustarlo tanto, y que él y yo vamos a explicarle a su mamá que siente mucho susto y mucha tristeza y que se asusta mucho al sentir los sustos de ella.

Le repito, varias veces, que vamos a explicarle a su mamá que se siente muy mal, y que eso es lo que hace que no pueda sentirse más tranquilo estando con ella ó consigo mismo y que tenga que moverse sin parar.

Después de unos largos minutos de permanecer llorando abrazado a mi cuerpo, se suelta, se da la vuelta, se sienta en el hueco del suelo que queda entre mis dos piernas y, apoyando su espalda sobre mi cuerpo, mientras le hablo acariciándole su cabeza, me coge mis brazos y rodea con ellos su cuerpo, mientras coloca una de mis manos sobre su mejilla izquierda para apoyar su cabeza sobre ella.

Permanece así otros largos minutos, hasta que, poco a poco, su pesar va disminuyendo y puede dejar de llorar. El rostro y las manos cubiertos de lágrimas y mocos, va encontrando una calma sosegada. Seguirá un rato más entre mi cuerpo, mientras sus padres, que habían sido invitados por mí a asistir a la escena, *descubren a otro Daniel* y me preguntan sobre lo que han observado.

Lejos del Daniel que, según ellos, no ha llorado casi nunca (sólo cuando se ha hecho daño físicamente), éste llora con mucha tristeza. Lejos del niño al que se le atribuye una indiferencia emocional y una ausencia de sentimientos, éste llora desconsoladamente. Lejos del niño que rehúye el contacto corporal, éste lo busca y se arroja con el cuerpo de otro, que pasa a ser su refugio. Lejos del niño indiferente al estado emocional del otro, éste resulta hipersensible (Rousillon, 2007)^{xxii} y afectable porque la angustia de la madre se convierte sistemáticamente, al parecer, en su propia angustia. Lejos de ser el niño que se mueve sin motivo, éste se mueve por sentirse desbordado por el desasosiego.

La observación y la comprensión de lo sucedido en el mundo intrapsíquico de Daniel, un mundo aparentemente conectado al mundo emocional e interactivo de su madre, *produce en sus padres un vuelco en las concepciones con las que ellos se representaban y prejuizgaban a su hijo.*

Al cabo de unos 25 minutos, después de haberse sosegado, Daniel se ha levantado y se ha ido a buscar la cercanía de sus padres. Mientras ellos y yo hemos seguido hablando y se hacía la hora de despedirnos, ha permanecido tranquilo apoyado sobre el cuerpo de su padre mientras éste y su madre le ponían el abrigo.

Les he pedido que protejan los momentos en los que, como ahora, Daniel puede necesitar expresar sus sentimientos de tristeza ó susto llorando y que eviten e impidan que se lo pueda acallar.

8.5. Análisis de lo sucedido.

¿Qué fue lo que llevó a Daniel a un llanto tan desconsolado? ¿Qué vivió mientras se encontraba tranquilo y quieto dentro de su refugio?

Una vez sentado dentro de su cabaña-refugio, con los mecanismos distractores inactivados, y su atención puesta en la percepción de las emociones, Daniel *escuchó y sintió*, de una manera dramáticamente *amplificada*, las emociones provenientes de su madre que resonaron en él mismo. De éste modo *el "refugio" se convirtió en un amplificador de su percepción auditiva y emocional.*

¿Qué emociones podían producirle tanto susto?: la negatividad angustiada que tiende a suprimir la expresividad esencial del propio ser, sentida por una madre que también la habría sufrido siendo niña.

La búsqueda del refugio-cabaña que lo protegía de la mirada inquietante, lo dejó sin embargo más expuesto y sensible a la percepción auditiva y emocional (Golse, 2010)^{xxiii}.

En su refugio Daniel ya no veía a su madre pero la escuchaba y la sentía mucho más. El mundo lastimoso y negativo de sí misma, al que ella se ha referido, con mucho pesar, en esta tercera sesión, es expresado no sólo por *una forma de pensar* (cómo concibe lo que le llega del niño) sobre las experiencias de la vida, sino también por *una musicalidad*^{xxiv} (emociones que llegan al niño) quejosa y amargada *ante la que Daniel no puede rebelarse sin producir más amargura.*

Esa musicalidad, amargada por la angustia de ésta madre, convierte, sin querer, al niño en el supuesto origen de sus propias penas y amarguras y lo hace "responsable" de su desconfianza hipócrita. Estado vivencial en torno al cual ella ha podido formular ahora una demanda de ayuda para salir de él y comenzar a pensar sobre un otro origen.

Como dije antes, el oído es el órgano sensorial más desarrollado al nacer, *permitiendo el establecimiento temprano de un enlace entre la experiencia emocional inasimilable, sentida corporalmente, y la audición* (Golse, 1999)^{xxv}.

Desde ésta hipótesis, si la defensa produce la desconexión de los afectos ligados a la "audición" de la palabra y con ello del deseo de volver inteligible lo oído, *también se suprime la posibilidad de registrar el sentido emocional significativo de la experiencia compartida y contenida en la expresión verbal del otro, lo que puede afectar tanto a su*

asimilación como a su reproducción.

Para indagar los recursos psíquicos que un bebé posee para adaptarse a los estímulos externos mientras duerme, una de las pruebas de la Escala de Brazelton T. (1997, 2001), investiga su capacidad de modulación de la reactividad fisiológica ante la percepción auditiva de una campanilla que se hace sonar mientras se encuentra dormido. Esta prueba permite comprobar que existen mecanismos, perteneciente al *sistema regulador del estado*, que pueden no sólo filtrar los estímulos percibidos sino también inhibir el proceso de reacción fisiológica.

Mientras se encuentra dormido, oye y siente el estímulo sonoro externo como molesto, y utiliza unos recursos psíquicos que lo protegen, modificando el umbral de su sensibilidad perceptiva, *mediante el desinvertimiento de la perceptividad y la modificación del enlace reactivo que, más adelante, podría adquirir una naturaleza intencional*.

En ese tiempo y en ese estado, no se trata de procesos que actúan desde la voluntad consciente o de la atención en vigilia, se trata de procesos que, seguramente, ya han debido desarrollarse y experimentarse en la vida intrauterina en la que están presentes las percepciones auditivas, fisiológicas y cenestésicas.

Es decir, recursos psiconeurobiológicos que pueden ser precursores de algunos mecanismos psíquicos de defensa propios del campo de la psicósomática perinatal e infantil y de la patología autística.

Si el malestar emocional es experimentado de manera corporal en el bebé de corta edad y éste dispone, como lo demuestran las pruebas de la Escala de Brazelton, de unos recursos para elevar el umbral de percepción ó desconectarse de la percepción del estímulo sonoro intrusivo y molesto, *con eliminación de la expresividad reactiva*, éste mismo mecanismo podría activarse para suprimir la percepción de malestar corporal, tanto cuanto éste tiene su origen en una alteración fisiológica, como cuando es el la traducción del malestar psíquico, sentido somáticamente; desconexión de la resonancia somatosensorial y somatoemocional que repercutiría en la percepción, aunque no en la recepción emocional.

¿No podrían seguir activos estos mecanismos de desconexión auditiva, al enlazarse precozmente la audición con las emociones? Y al permanecer intensamente activos, para defenderse de la percepción “afectiva” inasimilable enlazada a la audición, ¿no podrían afectar el desarrollo del habla?^{xxvi}

Si fuera así, y sin que ello nos aleje de una visión polifactorial de la patología autística^{xxvii}, nos encontraríamos con que *la desconexión de la perceptividad^{xxviii} auditivo-emocional, afectaría también a la expresividad verbal*, cuestión que, sobre todo en los primeros tiempos de la vida, no quedaría sin efectos sobre el desarrollo neuronal dada la naturaleza plástica del cerebro.

Mientras Daniel se mueve y centra su atención sobre percepciones visuales, táctiles y cenestésicas, se protege de percibir las expresiones verbales y emocionales provenientes de otros y de sí mismo. Los estímulos, que se van produciendo en su actividad, lo protegen, a modo de *estímulos-barrera*, de aquellas percepciones emocionales angustiosas que puede percibir en el rostro y en la voz de su madre ó de quien lo cuida.

Si los bebés sanos emiten hiperfrecuencias al llamar llorando a sus madres^{xxix}, en

momentos en los que se viven “dejados” física ó psíquicamente por ellas ¿qué percepción tiene una madre de los sonidos que emite su hijo en su llamada?

A muchos niños autistas se les tiene que realizar una audiometría, cuando no una prueba de potenciales evocados^{xxx}, para saber si padecen sordera porque muestran mucha menor ó ninguna respuesta al sonido que produce la palabra del otro. *El aumento de su umbral de reacción (como en el bebé dormido) podría estar relacionado, en algunos casos, con un esfuerzo de desinversión, desarrollado para mantener una defensa ante una audición^{xxxi} ligada a lo emocional.*

Defensa en forma de supresión de la expresividad y de la perceptividad, que no de la recepción de afectos que, en la situación descrita al encontrarse Daniel en el refugio, ha cedido, perdiendo temporalmente su eficacia como proceso psíquico de control de la perceptividad y de la expresividad (Palau, 2009).

¿Qué sucedió después de la tercera sesión psicoterapéutica?

Síntesis de la cuarta sesión:

Los padres me han dicho que ya no da casi vueltas en redondo, como antes lo hacía de forma compulsiva, y está más relajado.

Daniel y yo hemos jugado a cogernos lápices ó llenar un cubilete mientras él lo vaciaba. Ha jugado a subir sobre los sillones y a sacar pañuelos de las cajas, primero él y después yo, y echárselos encima, a modo de confetis.

Ha jugado a entrar en la cabaña y “le he dejado” mi cajita de notas, “después de forcejear” un poco los dos. El padre ha participado observando, y se lo ha pasado bien al ver cómo su hijo jugaba conmigo y con él.

Al final, cuando ya se iba, se la quería llevar pero al pedírsela me la ha devuelto. Me ha despedido con la mano (al sugerírselo su madre), con una mirada prolongada y un abrir y cerrar de ojos intermitente.

Los padres y yo hemos hablado de la anterior sesión; de su sensibilidad emocional y de la auditiva, que también ellos me han señalado, diciéndome que ahora, como novedad, a veces se tapa los oídos para protegerse de ciertos ruidos.

En relación con la sensibilidad de su hijo, la madre, mucho más relajada y sonriente ahora, me ha dicho que según cómo está la persona que lo atiende, él reacciona de un modo diferente. También me ha comentado, preocupada, que su médico les ha dicho: “este niño, al igual que los demás niños autistas, carece de contacto con la realidad”^{xxxii}.

Al terminar la quinta sesión, en el momento en el que yo acababa de anunciar el final, Daniel hizo sentarse a su madre, empujándola 5 veces en que ella se levantó del sofá, para oponerse de ese modo al hecho de irse. Los padres se mostraron muy sorprendidos por la clara muestra de un comportamiento tan decidido y reafirmado en su intención de oponerse a los preparativos de la separación.

La madre me dijo que parlotaba más con ella y que, a veces, le decía alguna palabra inteligible (aunque no sé si se las decía ó es ella quien las interpretaba de ése modo); que empezaba a jugar con algún juguete en casa y desarrollaba conductas exploratorias ligadas a la curiosidad.

Dentro de las 8 primeras sesiones los padres siguieron observando cambios, Daniel empezó a quejarse de ciertas comidas ante las que mostraba su disgusto, en contraste con aquellas por las que empezaba a mostrar una clara preferencia, es decir que se iban manifestando sus gustos.

En el contexto del placer que el niño viene mostrando desde la 3ª sesión, consistente en sentarse relajado y pegado al cuerpo de su madre, mientras yo hablo con sus padres y él escucha chupándose el pulgar, en torno a la 8ª sesión la madre me dice que la nueva conducta, de llevarse los juguetes a la boca y chuparlos, se ha vuelto muy frecuente, cuando nunca la tuvo anteriormente.

8.6. Sobre autismo y psicósomática.

Desde unas hipótesis surgidas de las observaciones clínicas, pensemos ahora sobre las similitudes y las diferencias que pueden existir en torno a los procesos de percepción y las defensas muy tempranas que pueden operar en el niño aquejado por una patología psicósomática ó en un niño autista.

Desde los primeros tiempos de la vida del bebé, pocas horas ó pocos días después de nacer, pueden producirse patologías psicósomáticas precoces, en particular aquellas patologías funcionales entre las cuales se encuentran los cólicos neonatales, los malestares y los espasmos respiratorios del sollozo, los trastornos alimentarios neoanatales ó los trastornos del sueño.

El estudio de estas patologías funcionales revela que se producen en el contexto de “una sobrecarga compleja del sistema madre-bebé, desbordado por un exceso de excitaciones y que toma electivamente esa forma patológica”^{xxxiii} (Kreislner, 1996). En estas patologías encontramos la utilización de procesos intrapsíquicos de supresión de la expresividad y de la perceptividad de los afectos dolorosos, propios ó ajenos, presentes en el contexto de la interacción generada entre la madre y el bebé (Palau, 2009).

Como ya he comentado antes, el niño autista tiende a desconectarse, en su raíz, de la percepción interna, sensorial y emocional, producida por los estímulos afectivos procedentes del objeto, con procedimientos intrapsíquicos que buscan su desafectación emocional. Pero también produciendo una barrera de estímulos sensoriomotores y evitando el contacto visual ó corporal con el objeto.

Desviando su atención de la visión^{xxxiv} del objeto, evita que las manifestaciones de éste puedan ser observadas, procesadas y, finalmente, reverberar en él de forma sensorial y emocional a través de la resonancia corporal (llamada también “simulación encarnada^{xxxv}”) que se produce al fijar la observación sobre el otro^{xxxvi}. Incapaz de evitar oírlo, tiene que evitar escuchar sus palabras y sus sonidos cargados de una densidad afectiva que podrían conmoverlo emocionalmente. Por ello, también necesita desviar su atención del mundo emocional interno en el que no dejan de infiltrarse las producciones emocionales del objeto que, a pesar de las defensas antipercepción, lo siguen impactando.

Inhibida, en gran parte, la percepción de las manifestaciones del otro en su origen, e impedida su traducción emocional y simbólica, la dificultad resultante podría ser cercana de la dificultad que experimenta un sordo-mudo para desarrollar su lenguaje.

Como lo señala la observación clínica muy precoz, es muy probable que, en ciertos casos, el niño autista^{xxxvii} comience con mecanismos similares al niño con problemas psicósomáticos que procura desconectarse de la percepción y de la expresión de las emociones y sensaciones ligadas a la interacción, que permanecen muy intensas dentro de él, y que finalmente acabe con una defensa masiva que afectaría su percepción visual y auditiva de los estímulos objetales externos portadores de significación emocional.

También se defiende del “juego interactivo” que puede atraparle en una modalidad de dependencia emocional. Evita pues vivirse a merced de la relación con el otro y suprime la intencionalidad interactiva.

El niño psicossomático también se desconecta de la percepción de los efectos que dichos estímulos producen en su interior, así como de su expresión, pero mantiene abiertas las demás vías. Éste busca su independencia prematura del objeto mediante una *identificación sobreadaptativa* que le evite el conflicto emocional y lo vuelva, al mismo tiempo, cognitivamente autosuficiente al desarrollar de manera muy precoz y prematura un Yo-ideal adaptado al imperativo materno.

La patología autística, en cambio, tiende a una independencia del objeto mediante el *desarraigo interactivo y perceptivo*. En algunos casos, para evitar vivirse expuesto a una interacción emocional dolorosa, el niño autista desarrolla una modalidad de independencia, que corta las amarras vinculares que dotan a la relación de una cualidad emocional y simbólica, intra e intersubjetivamente^{xxxviii}.

La utilización de los mecanismos de defensa a los que me he referido antes, con riesgo de cronificarse y contribuir, en el contexto plurifactorial, al riesgo de una evolución autística, puede comenzar a producirse dentro de los dos primeros meses de vida y seguir activa, de manera latente, como sucede, en una parte de ellos, en el desarrollo de la vulnerabilidad psicossomática.

El niño autista tiende a mantenerse sensorialmente auto-estimulado de manera que, en un mismo movimiento, pueda desconectarse del objeto y reanimarse somáticamente. El efecto estimulante obtenido le permite por una parte construir una barrera que lo proteja de percibir los efectos de la resonancia interna de los contenidos emocionales provenientes del objeto y, por otra, protegerse del derrumbe emocional que pudiera arrastrarlo hacia la extinción de toda huella interna de placer vital ó simplemente de vitalidad, y extinguirse, a consecuencia de los efectos secundarios producidos, en algunos casos, por las defensas antitraumáticas. Aunque también encuentra un medio de liberarse de la tensión-desasosiego mediante la descarga sensoriomotora.

Desde el punto de vista de la capacidad de *neuromodulación cerebral* (Ansermet, Magistretti, 2006) que existe entre la actividad psíquica y la neuronal, la intervención de mecanismos psíquicos muy tempranos capaces de interferir sobre la percepción de lo oído, es decir de los sonidos-palabras-musicalidad^{xxxix}, para evitar sentir sus efectos negativos, plantea la posibilidad de que estos mecanismos puedan modular, inhibiendo ó distorsionando, el proceso de captación neurolingüística y su reproducción.

Estos mecanismos moduladores de la percepción, y de la reactividad a los estímulos auditivos, podrían estar presentes desde antes del nacimiento y producir un trabajo psíquico de enlazamiento entre la experiencia somatosensorial perturbadora y la auditiva.

¿Qué sucede con la percepción *intra-útero* de la voz? ¿Podría quedar enlazada a “vivencias” ó “experiencias somáticas” perturbadoras de la vida fetal?

En los niños vulnerables psicossomáticamente, y así podría suceder en ciertos niños autistas, existe un estado precoz de gran sensibilidad auditiva y emocional. ¿Cuánta se debe a la experiencia intra-útero y cuanta a la experiencia post-natal?

¿Cómo actúa el sistema regulador del estado del niño en la última época de la vida uterina y cuál es su repercusión sobre la organización cerebral y psíquica? Diferentes

estudios^{xi} señalan que a partir del quinto mes de gestación, el feto se vuelve sensible a los ruidos que le llegan (lo vemos por la modificación de la frecuencia cardíaca, movimientos, etc.) y es también capaz de habituarse (disminuyen las reacciones con la repetición de la estimulación sonora).

Originarios del tiempo pré ó/ post-natal, el mantenimiento prolongado de estos mecanismos, que tienden a su repetición, resultaría **depresógeno** en la medida en que, de forma activa, **privaría** de aquellas percepciones somáticas y emocionales que configuran la experiencia temprana del sí-mismo del bebé y del ser a lo largo de toda su vida.

Se trataría de una pérdida por desabastecimiento pulsional, no sentida por un Yo mutilado y por ello impedido en su capacidad de acceder a una traducción de lo vivido, que se esfuerza en no ser engullido por la inercia que tiende a hacer desaparecer las huellas de su existencia Inercia desobjetalizante que se combate tempranamente, mediante recursos como son los mecanismos autocalmantes por autoestimulación sensorial (Palau, 2009).

Investigaciones neurofisiológicas (Tordjman & Charras, 2007) sobre las sensaciones algotérmicas de niños autistas automutiladores, con aparente insensibilidad al dolor, han demostrado que en realidad estos niños, lejos de ser insensibles tienen, al contrario, un umbral de sensibilidad al dolor más bajo que los sujetos normales, pero que existe una disociación entre sus manifestaciones comportamentales al dolor, de aparente indiferencia, y sus respuestas neurovegetativas, que traducirían más bien una hiperalgia.

El registro de las neuronas implicadas muestra de éste modo que, en un niño automutilador, una caricia produce en el registro neurofisiológico el mismo potencial de respuesta que ante el dolor. La hipótesis de éstos investigadores es que las automutilaciones son usadas por éstos niños para obtener una retracción, en una autosensualidad predominante, que los aisle de las demás estimulaciones sensoriales.

8.7. Expresividad e hiperfrecuencias

Según las primeras comunicaciones del proyecto de investigación internacional PILE sobre las producciones vocales del bebé y la producción de hiperfrecuencias, desarrollado por la Waimh Francófona^{xlii} y dirigido por Bernard Golse, los bebés autistas estudiados no emiten las *hiperfrecuencias* presentes en el llanto de los bebés sanos cuando éstos reclaman a su madre física ó mentalmente ausente.

Éste programa (que realiza simultáneamente el análisis estructural de las vocalizaciones del bebé, el estudio de los movimientos de los pies y de las manos y el estudio de la mirada del bebé, de manera concomitante y sinérgica, teniendo como fondo el análisis de las interacciones padres-bebé y las verbalizaciones del adulto) intenta discernir, en el primer año de vida, los indicios de dificultades ulteriores en torno al desarrollo del lenguaje verbal o de la comunicación.

Ésta investigación parte de la premisa de que los fracasos del desarrollo de la intersubjetividad y de la narratividad verbal deben de ser investigadas muy precozmente en el nivel del cuerpo y del comportamiento del bebé antes de que éste pueda sentirse distinto al otro, es decir diferenciado. Desde esta perspectiva, se asume que aun cuando el bebé no haya llegado a ese nivel de diferenciación, es capaz de emitir un cierto número de señales que tienen un efecto procedimental sobre el otro, como es el caso de las primeras producciones sonoras emitidas por el bebé.

Esta investigación, centrada sobre las protovocalizaciones, es decir los movimientos

vocálicos aún no estructurados en término de desarrollo vocal, ha mostrado resultados sorprendentes por poner al descubierto que en ciertas condiciones dichas protovocalizaciones pueden contener unas hiperfrecuencias (HP) completamente inesperadas más allá de los 28 kHz, es decir frecuencias imperceptibles para el oído humano. Hiperfrecuencias no producibles por un adulto y no correlacionables con la tonalidad aguda del son emitido.

Los investigadores del proyecto PILE señalan que la percepción que puede tener la madre, cuando se produce la emisión de las hiperfrecuencias, no debe de ser consciente sino mediante un registro corporal determinante que desencadenaría una acción motriz inmediata en forma de manifestaciones de presencia dirigidas al niño y de un acercamiento hacia él. También señalan que a diferencia de las bajas frecuencias, que pueden ser percibidas por la piel, comprender las modalidades de percepción de las hiperfrecuencias es, hoy en día, un enigma.

¿Pero a qué emociones están ligadas las hiperfrecuencias? Si están ligadas a la expresión de una vivencia de pérdida del objeto, bien sea física ó emocionalmente, podrían ser la expresión de un contenido afectivo experimentado en ese momento.

Los resultados de las investigaciones del programa PILE a los que he tenido acceso, se refieren a bebés de más de 4 meses de vida, periodo muy posterior al de las primeras manifestaciones de trastornos comportamentales y psicósomáticos derivados de la psicopatología interactiva perinatal, observables desde los primeros días de vida del bebé.

La clínica perinatal nos muestra, con toda crudeza, las primeras manifestaciones psicopatológicas que pueden derivarse de una interacción temprana, distorsionada por experiencias de sufrimiento, experimentadas desde los primeros días de vida, tanto del lado de la madre como del lado del bebé.

De ello se deduce la gran importancia que tiene investigar las afectaciones psicopatológicas muy tempranas de los primeros meses de vida, para conocer cuándo y cómo las HF pueden desaparecer en el curso de la ontogénesis y si es posible que puedan reaparecer.

8.8. Sobre las dificultades de comunicación de la madre de Daniel.

La madre de Daniel plantea, amargamente, que se ha vivido siempre con importantes dificultades para interpretar la intencionalidad de los demás. Es decir su estado emocional e intencional.

Comenta que éso la ha llevado, frecuentemente, a interpretar de manera errónea las intenciones y, por tanto, los sentimientos de los demás hacia ella. Esta dificultad la ha llevado a confiar de manera errónea unas veces y a no poder confiar en otras por un exceso de desconfianza.

Podemos suponer que esta dificultad para interpretar adecuadamente esa intencionalidad emocional del otro, que la ha llevado a reaccionar con una *atribución de intención errónea*, le ha dificultado la discriminación adecuada de los estados afectivos ligados a las manifestaciones sonoras y comportamentales del bebé Daniel.

Pero también podemos pensar que la utilización muy precoz de los mecanismos de defensa patológicos (comportamentales e intrapsíquicos), que el bebé puede usar desde las primeras semanas de vida, *pueden colocar a la madre, muy pronto, en una situación de gran dificultad* para desarrollar una mejor comunicación y comprensión empática, afectiva y

preverbal, con su bebé y consigo misma.

El sufrimiento interior experimentado por las madres y los padres que se encuentran en esta situación es enorme y debemos de auxiliarles cuanto antes, con unas intervenciones que detecten las señales de riesgo que su bebé puede, algunas veces, manifestar desde los primeros días de vida extrauterina.

La falta de hiperfrecuencias en las llamadas de los bebés autistas estudiados ¿es debida a una inhabilitación ligada, en algunos casos, a la activación de los procesos psíquicos antitraumáticos de desconexión de la percepción auditiva, que afectaría su reproducción? ¿Han quedado inhabilitadas debido a un problema neurológico? ¿Han quedado inhabilitadas, en algunos casos, porque el receptor no ha podido cualificarlas ó porque ha desarrollado un efecto supresor de la expresividad emocional que el bebé necesita desarrollar desde su llanto, intolerable para una madre en grandes apuros? ¿Serían el efecto de un déficit neurológico primario sumado a una defensa psíquica ó un déficit neurológico secundario ligado y sumado a la defensa? ¿Cuánto hay de lo uno y cuanto de lo otro, en cada caso?

Preguntas difíciles de contestar por el momento, aunque creo que la **negatividad y la dificultad para discriminar** el estado emocional e intencional del otro, son dos cuestiones que están íntimamente unidas en éste caso y es precisamente a ellas a las que alude la madre en esa primera y difícil revelación que provocó que Daniel saliera tan angustiado de su refugio. Cuestiones que reencontramos frecuentemente en el campo de la patología psicósomática muy precoz.

8.9. La dificultad para discriminar.

Entre las diversas situaciones emocionales de riesgo que pueden colocar a una madre en una posición emocional con dificultad receptiva, perceptiva y expresiva, podemos encontrar:

La depresión pre y post-parto, las experiencias traumáticas ligadas al acceso a la maternidad (traumatismos post-obstétricos); las pérdidas perinatales de un bebé (pre ó post-natales); la pérdida de un ser querido en el periodo cercano al nacimiento de su bebé, los estados de crisis debidos a la reactivación de núcleos traumáticos tempranos, derivados de la transparencia psíquica^{xlii} que se va generando a lo largo del periodo de gestación; las experiencias de nacimiento prematuro con complicaciones para el bebé ó para la madre; el anuncio de una enfermedad grave en el bebé; la neurosis de comportamiento^{xliii}; la vida operatoria y la depresión esencial y, en general, aquellos estados crónicos ó pasajeros en los que se instala una gran dificultad para que la madre pueda acceder a una traducción adecuada de su propio estado emocional y del estado emocional de su bebé, metabolizar su sufrimiento y tolerar la expresividad emocional espontánea, ligada a estados de malestar, que el bebé tiende a manifestar mediante su llanto.

Como ya he señalado anteriormente, existen situaciones de sufrimiento ó malestar materno que llevan a la madre a suprimir, sin que sea consciente de ello ni de su trascendencia, la expresividad espontánea de queja de su bebé cuando éste se encuentra necesitado de manifestar y liberarse, mediante el llanto, de estados tensionales derivados de un malestar psicofísico, traumatógeno, que puede tener diferentes orígenes. La supresión materna del llanto espontáneo también está presente en la historia de Daniel (Palau, 2006).

8.10. Negatividad y negativación.

Como sucede en otros casos y en otras patologías, *la negatividad manifiesta* de la madre es observable cuando ésta se queja del niño, de continuo, señalándolo como la fuente de su sufrimiento, de su constante preocupación o de su falta de alegría.

De origen traumático, la negatividad o investimento negativo expresada por la madre, manifiesta frecuentemente, una agresividad y un rechazo en el marco de un movimiento de desplazamiento proyectivo (Palau, 2007), que refleja sus dificultades para mantenerse abastecida y abastecer al niño de investiduras libidinales, tanto objetales como narcisistas.

Ésta negatividad es el resultado, visible, de un proceso profundo y global, en el contexto económico, de la negativación de los procesos libidinales.

El placer que la madre podría vivir con el niño es atacado sistemáticamente por el imperativo de hacer desaparecer toda emergencia de placer en el niño, para sí mismo y para ella. Consecuentemente, es destruida toda investidura cargada de un proyecto revitalizador del placer y de la ternura.

La importancia semiológica es grande ya que permite detectar la actividad de un proceso altamente destructivo, encubierto por unas quejas que rozan la banalidad ó la falta de importancia por *la aparente débil carga de violencia* expresada hacia el niño.

La madre no suele decir “un día de éstos lo mataré” ó “le pegué” ó “lo castigo continuamente” ó “a veces tengo ganas de que desaparezca”.

Sentido como una queja amarga ó dolida, *el observador tiende a solidarizarse* con una madre que parece sometida, y a veces extenuada por un niño desconsiderado que “la maltrata”. El efecto contra-transferencial, incitado desde ella, es que deberíamos liberarla de él para que recobrarla su vitalidad y su sosiego.

Pero, si consideramos que ése niño del que ella se queja es quien representa al bebé vital que hay dentro de ella, entonces nos damos cuenta de la naturaleza del proceso destructivo que está ensañándose sobre la libido de su narcisismo primario, proceso patógeno de repetición transgeneracional en el que se encuentra inmersa.

La molestia que la madre vive con el niño es una expresión de la tendencia destructiva experimentada por ésta ante el efecto revitalizador de un niño que produce un efecto coexcitador y por tanto de ligazón en un mundo pulsional materno, a menudo, aplastado por la depresión esencial ó la vida operatoria y la tendencia a la desintrincación pulsional, que puede encontrarse en los estados traumáticos, neurosis de carácter, estados de inorganización psicoafectiva y neurosis de comportamiento.

En la misma semiología podemos encontrar *la falta de placer* que la madre experimenta con el niño; *no lo disfruta*. No disfruta narcisistamente, no es que haya un momento de queja y otro de disfrute, simplemente no hay disfrute.

Ésta experiencia negativa con el niño, que tiene su origen en un profundo deterioro de la función libidinizante oriunda del narcisismo primario, es significativa también del grado de falta de organización psíquica en la evolución individual de la madre ya que se produce en un estadio evolutivo en el que aún persiste la indiferenciación sujeto/objeto.

Pero no es sólo un proceso de falta de diferenciación sujeto/objeto lo que está en juego, sino la permanencia activa de los mecanismos fusionantes que buscan proteger al narcisismo primario de la madre de la desinversión narcisista a la que ésta quedaría expuesta al desarrollar una inversión objetal con el niño.

Atrapada en un periodo temprano de indiferenciación en el que se vivió expuesta a la rotura de una modalidad interactiva simbiótica, nutritiva para la constitución del yo, ésta habría quedado fijada al imperativo de supervivencia para abastecer y mantener la organización Yoica temprana, dramáticamente desabastecida de una unión nutriente del narcisismo erótico del yo.

Desear invertir al niño reabre dramáticamente una herida profunda, por el deseo que la madre tiene de alimentarlo libidinalmente. Este deseo se ve confrontado al imperativo de supervivencia y al frágil equilibrio que procura mantener, para evitar el riesgo de desintrincación pulsional que se puede producir dentro de la organización temprana de su propio Yo. Pero éste no es el único proceso que interviene, también interviene la repetición transgeneracional desde un cambio de posiciones sujeto/objeto.

Después de éstas consideraciones, pienso aún más en la vulnerabilidad de algunas madres que se adentran con ilusión en la maternidad para, sin sospecharlo, acabar inmersas en un proceso altamente descompensador de su frágil equilibrio. Madres a las que debemos de intentar proteger.

La negatividad no se presentaría sólo por la presencia de lo traumático, sino por la tendencia interna de erradicar tanto el afecto y las huellas de placer, como también la esperanza mediante su **negativación**.

Creo que la tendencia que puede existir en estas madres, de atacar la constitución de las huellas mnémicas de experiencias de placer que puedan formarse en el niño, es la repetición de aquella, originaria de los primeros tiempos de su vida, a la que aún se viven sometidas dentro de sí mismas.

De este modo es la constitución de la función alucinatoria del deseo lo que estaría siendo atacada en ambos.

Rosine Debray^{xliv} señala que la madre transmite su preconsciente al niño. Habría que añadir que, en éstos casos, también puede obstaculizar la constitución de un preconsciente, puesto que la actividad temprana, en los tres primeros meses, de realización alucinatoria del deseo, permitiría el desarrollo del preconsciente que en estos casos quedaría dificultado, entre otros factores, por una *constitución defectuosa derivada de la interacción y de la conjugación de los procesos de defensa del niño y de la madre*.

El concepto de mentalización, empleado por los psicomatólogos de la Escuela de París, referido al desarrollo psicoafectivo alcanzado en el contexto de la interacción, se refiere a la capacidad que un sujeto tiene para tolerar, tratar ó negociar la angustia intrapsíquica y los conflictos interpersonales ó intrapsíquicos.

La sobrecarga ó el desbordamiento del aparato psíquico, en su capacidad de metabolización, puede estar en el origen de un movimiento de desorganización psíquica y somática desde los primeros días de vida. En éste sentido, como es bien sabido en psicósomática, la capacidad de trabajo psíquico puede proteger al cuerpo ante un eventual

movimiento de desorganización somática.

Desde esta perspectiva, todos los esfuerzos por favorecer un buen desarrollo psíquico en los bebés y los niños pequeños son necesarios. Es necesario hacer todo lo posible para favorecer el acceso a una organización psicoafectiva rica que permita desarrollar un trabajo psíquico sostenido frente a las angustias, a la depresión y a los conflictos. Ése es naturalmente uno de los objetivos que persiguen las psicoterapias individuales ó conjuntas padre-madre-niño ó padre-madre-bebé.

8.11. Veamos ahora narraciones en las que podemos encontrar una referencia al enlace entre percepción auditiva y afecto temprano:

En el terreno de la clínica están aquellos adultos, expuestos tempranamente a una experiencia emocional traumatógena, que *describen la angustia de fondo (basal) como ruido de fondo permanente*.

Pacientes adultos expuestos, desde su nacimiento, a la recepción de mensajes y vivencias afectivas traumatógenas, provenientes de unas madres en apuros, difíciles de asimilar, se quejan de no poder apagar el ruido de fondo que existe siempre en ellos. *Ruido-angustia-pánico, que sienten como ruido*.

Pacientes que se preguntan por qué motivo ese ruido-angustia-pánico persiste toda su vida y se plantean incluso si no puede existir algún mecanismo productor^{xlv} que lo mantengan.

Podría tratarse de un mecanismo de intrincación pulsional que se desarrolla ante la angustia sentida físicamente. Sin una representación psíquica que permita desarrollar una noción de causa efecto y sin poder ligarla a una representación de sujeto y objeto diferenciado, *la angustia automática quedaría ligada, mediante un enlace primitivo, entre reacción física de angustia y percepción auditiva de una musicalidad afectiva angustiante*.

La fuente de placer podría tener su origen en el “trabajo” realizable por un masoquismo erógeno primario que intenta detener y contener, al límite, la desorganización mediante el sostenimiento de una función intrincante e invistiente de la perceptividad endosomática.

El mensaje “*que la angustia te acompañe*”^{xlvi} transmitido al *bebé sostén* (Palau, 2009), clarificaría, junto al trabajo del masoquismo erógeno primario, la pregunta del porqué perdura la angustia en ellos. Esta expresión, que formularía en un segundo tiempo una modalidad de alerta-defensa ante el riesgo de padecer un movimiento intenso de desintrincación y desobjetalización en la propia madre, expuesta a la angustia, queda transmitido y sobreimpreso en el niño.

La madre, que no puede mantener una representación interna suficientemente afectivizada y estable de su bebé, teme que éste sea vulnerable físicamente, que pueda pasarle algo en el cuerpo.

Cuerpo, en torno al cual ella desarrolla y conserva, como puede, una investidura de objeto concreto mediante la que busca asegurar su cuidado en una modalidad que la lleva también a desarrollar el dominio.

Estos pacientes adultos hablan también de la actitud de hiper-vigilancia constante en la que se viven y de la afectación dolorosa derivada de la angustia que les hacen sentir las

palabras severas, pesimistas ó amargadas de sus madres y de otras figuras afectivamente significativas en sus vidas, y de la responsabilidad tan estricta y severa en la que les colocan. Describen el inevitable contagio del estado emocional ajeno que experimentan habitualmente.

“El ruido del desprecio con el que vivo y con el que me levanto cada día” es la frase con la que algunos pacientes aluden a la “angustia de fracasar” generada por una expectativa diaria y temerosa de desaprobación. Angustia-pánico que han sentido siempre al despertar, frecuentemente como susto ó junto a una dificultad para afrontar el nuevo día, calificada por ellos ó por el entorno de actitud “holgazana”, que les ha llevado a posponer el momento de levantarse y que enlaza, como factor desencadenante, con ciertas crisis epilépticas del despertar, observadas en niños de corta edad, que se producen al cabo de unos minutos de reencuentro con la realidad diurna.

Ese “susto” (Palau, 2007) se reencuentra también en el adormecimiento, que resulta ser, con cierta frecuencia la causa de insomnios crónicos de adultos y de niños que no pueden acceder al dormir más que a través del cansancio de la lectura, del esfuerzo físico ó de varias horas de tensa espera.

En todos ellos es evidente la afectación de su sensibilidad auditiva, aunque existen diferencias:

En los pacientes no autistas, expuestos a las experiencias emocionales tempranas traumatógenas, permanece una hipersensibilidad e hiperreactividad a los estímulos auditivos, tanto despiertos como dormidos. Sobre todo en mujeres viviéndose en un proceso de gestación después de una experiencia traumática de pérdida pré ó post-natal de un bebé.

Alta sensibilidad auditiva que sí se vuelve manifiesta en los momentos en los que el niño pequeño va saliendo de su retracción autística.

8.12. Narración de un pasaje de la Iliada en el que se cuenta el peligro que corre Ulises en su regreso:

En la Iliada se cuenta que los remeros deben de permanecer remando, con los oídos bien tapados, mientras que Ulises, con los oídos destapados, debe de permanecer inmovilizado-atado al mástil. Los demás cuerpos (de los remeros) deben de permanecer en movimiento, desarrollando una intensa actividad física, en un intento de escapar a la muerte que representa el parar de moverse y escuchar el canto de las Sirenas. Ulises debe de permanecer atado para no sucumbir a su canto ¿de qué canto se trata?

El canto de las sirenas (Lissorgues, 1989)

“Las sirenas tienen cuerpo de pájaro y cabeza de mujer. Viven en una isla rodeada de cadáveres y esqueletos de barcos. ¿Por qué? Fácil: su canto es tan extraordinario que el que lo escucha solo desea alcanzarlas y claro, se estrella con barco y todo contra las rocas de la isla. Y si alguno sobrevive ya se encargan ellas de matarlo. Ulises ya está prevenido. Hace que sus compañeros se tapen los oídos con cera. Él les pide que le aten al palo mayor y que no le suelten por más que suplique. Ulises es demasiado curioso. Necesita saberlo todo, conocerlo todo y no le importa poner en peligro su vida. Ulises escucha el canto de las sirenas. Le hablan de sus alabanzas, de sus aventuras y él hubiese querido arrojarle al mar para llegar hasta ellas. El barco se aleja de la isla”.

A través de su exégesis, Horkheimer y Adorno^{xlvii} dilucidan sobre la relación existente entre mito, dominio y trabajo.

“Las sirenas representan para Ulises, quien ante la pluralidad de los peligros de muerte ya ha formado y endurecido su Yo, la tentación de perderse en el pasado, a la que se sustrae mediante una fijación del orden temporal, a través de la cual el pasado es recibido únicamente en beneficio de su explotación práctica en el presente. Sucumbir al canto de las sirenas es promesa de felicidad; ellas prometen la consumación de todo aquello que quedó truncado e insatisfecho en el pasado. Pero su precio es la desintegración y la aniquilación del propio Yo. Ulises solo conoce dos modos de sustraerse al canto. Uno de ellos se lo impone a sus acompañantes: taponarse con cera los oídos, olvidar lo que pudo haber sido, seguir remando, convertirse en hombres "prácticos". La otra posibilidad la elige Ulises para sí mismo. El sí es capaz de oír, pero cuanto más irresistible es el canto, tanto más fuertemente se hace atar al mástil”.

8.13. Volviendo a Daniel.

En niños en la situación Daniel ¿cómo abandonar, rescatarse ó rescatarles de las defensas autísticas cuando hay tanto susto y dolor - pena?

En mi experiencia clínica, se ha vuelto evidente que la psicoterapia conjunta del niño pequeño con sus padres, que requiere de una modalidad terapéutica adecuada para el tratamiento de la patología autística, resulta una vía de tratamiento esperanzadora y necesaria para lograr, entre otras metas, la construcción ó reconstrucción de un apego primario seguro, *premisa esencial* para no sentir dolor al regresar, desde las vías de la empatía y de la intersubjetividad primarias, a “*la cabaña refugio*” del regazo materno.

8.14. REFERENCIAS.

- Alas, L. & Lissorgues, Y. (1989). *Narraciones Breves*, Editado por Anthropos.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Ed. Dunod
- Anzieu, D. (1986). Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*.
- Ansermet, F., & Magistrati, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Editorial Katz.
- Bick, E. (1968, 1980). The experience of the skin in early object-relations, *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 484-486, Traduction française in : Meltzer et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*. Ed. Payot, Paris, 1980, 240-244.
- Bion, W. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris. Ed. Puf, Coll. *Bibliothèque de Psychanalyse*, 1962 1^{ère} Edition.
- Bion, W. (1965). *Transformations - Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris: Ed. Puf. Coll. *Bibliothèque de Psychanalyse*, 1982 1^{ère} Edition.
- Brazelton, T. (2001). *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Brazelton, T. & Nugent J. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Ed. Paidós. 1^ª edición 1995.
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant : Savoir faire, savoir dire*. Ed. Puf, Coll. *Psychologie d'aujourd'hui*.
- Bruner J. (1987). *Comment les enfants apprennent à parler*. Paris : Ed. Retz, Coll. *Actualité Pédagogique*.
- Cohen-Solal J. & Golse B. (1999). *Au début de la vie Psychique, le développement du petit enfant*. Paris: Ed. Odile Jacob.
- Cramer, B. & Palacio-Espasa F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Le fil rouge, Ed. PUF.
- Fogassi, F., Ferrari, F., Gesierich, B., Pozzi, S. & Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe; from action organisation to Kandel E. R. (2001), *The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses*, *Science* 294, 1030-1038.
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques, 135-143, In : *Résultats, idées, problèmes* (S. FREUD), Tome I Puf, Coll. *Bibliothèque de Psychanalyse*, Paris, 1984 (1^{ère} éd.)
- Freud, S. (1925). La négation, 135-139, In: *Résultats, idées, problèmes*.
- Golse, B. (1998). L'intersubjectivité, *Le Carnet-PSY*, 1998, 41, 30-31
- Golse, B. (1999). Les formes et les contenants d'abord, 335-345, In : *Du corps à la pensée* B. GOLSE. Ed. Puf, Coll. *Le fil rouge*.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Ed. PUF.
- Golse, B. (2001). Contribution des nouvelles données scientifiques à la perspective psychanalytique, in *Revue de Psychiatrie*.
- Houzel, D. (1989). Penser les bébés - Réflexions sur l'observation des nourrissons, *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1989, 19, 27-38
- Houzel, D. (1995). Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique, 107-116, In : *Les liens d'émerveillement - L'observation des nourrissons selon Esther BICK et ses applications* (sous la direction de M.-B. Labroix & Monmayrant : Ed. Erès.
- Kandel, E. (2001). *The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses*, *Science* 294, 1030-1038.
- Koppes, S. (1983). The psychology of the neurone : Freud, Cajal, Golgi, *Scand J Psychol*, 24, 11-12.
- Kreisler, L. (1996). Patologías funcionales neonatales alarmantes. *Revista Francesa de Psicopatología* n° 9.

- Laplanche, J. (1986). De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, *Etudes Freudiennes*, 27, 7-25.
- Larbán, J. (2008). Guía abreviada para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p. 63-152. Ed. SEYPNA.
- Lebovici, S. (1960). La relation objectale chez l'enfant, *La Psychiatrie de l'enfant*, 1960, 111, 1, 143-227.
- Leroy-Gourhan, A (1983). *Au fil du temps (Ethnologie et préhistoire)*. Ed. Fayard, Coll. Points, série Sciences.
- Manzano, J. (1996). Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles. Genève: *Médecine et Hygiène*, 167 p, pp.9-11.
- Palau, P. (2009). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé, publicado en *Revista Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, n 12.
- Palau, P. (2009). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?, en prensa en la *Revista de Psicología y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica*. N° 73 de enero de 2010.
- Palau P. (2007). Factores agravantes de la diabetes infantil. *Revista Iberoamericana de Psicología, n°8*. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2007). Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno. *Revista de psicología y psicoterapia médica, n°1*. Ed. Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Revista de psicología. Revista de Psicología y Psicoterapia médica*. n° 61.
- Palau, P. (2000). Bebé en riesgo: mamá no nos vemos. *Revista Iberoamericana de Psicología*. Ed. SEPIA
- Roussillon, R., Chabert C., Ciccone, A., Ferrant, A., Gerofieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Edit. ELSEVIER-MASSON.
- Rizzolatti, G., Fogassi, F. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. *Perspectives. Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- Rizzolatti, G. & Arbib, M. (1998). Language within our grasp, *Trend Neurosci* 21, 188-194.
- Ruiz, J. (1993). *La navegación de Ulises: Auto sacramental*. Ed. Courcelle.
- Smadja, C. (2001). La vie opératoire. *Études psychanalytiques*. Le fil rouge. Ed. PUF.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson - Une perspective psychanalytique et développementale*. Ed. Puf, Coll. Le fil rouge.
- Szwec, G. (2001). La desorganización del estado depresivo del bebé. *Revue Française de Psychosomatique*, n° 20.
- Tordjmans, S. & Charras, K. (2007). Intérêts d'une meilleure compréhension de l'apparente insensibilité à la douleur et des automutilations dans l'autisme : vers de nouvelles perspectives thérapeutiques, In *La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie* Ed. Erès, 49-61.
- Tordjmans, S., Anderson, G., Botbol, M., Brailly-Tabards, S., Perez-Diaz, F., Grainic, R., Carlier, M., Schmit, G., Rolland, A., Bonnot, O., Trabado, S., Roubertoux, P. & Bronsard, G. (2009). Pain Reactivity and Plasma-Endorphin in Children and Adolescents with Autistic Disorder, *PlosOne*, 2009, 4 (8): eS289, 1.

CAPITULO 9. ACOGER LA VIDA, ANUNCIAR LA MUERTE: ALICIA..., UN ENCUENTRO AGRIDULCE (En prensa)

Artículo: Palau, P. (2016a). Acoger la vida, anunciar la muerte: Alicia., un encuentro agridulce. En prensa en la revista de Psicopatología y Psicoterapia Médica del IEPPM. Madrid. Ponencia presentada en el Congreso nacional de la WAIMH Francophone, que tuvo lugar en Besançon en el 2013.

9.1. Resumen:

Este texto describe el acompañamiento psicoterapéutico psicopatológico de una familia a la que, al poco de nacer su hija, se le anuncia el riesgo de que fallezca en pocas semanas, por causa de una enfermedad irreversible. La decisión de llevársela a casa para cuidarla allí, distinta del proyecto inicial de esperar su muerte en el hospital, modifica sustancialmente el devenir de la niña y de su experiencia parental. Se analizan los factores emocionales ligados a la organización psíquica de la bebé y a la interacción, que debilitaron o fortalecieron la frágil salud física de la niña.

Palabras clave: psicopatología perinatal, muerte anunciada, Trisomía 18, duelo perinatal, psicoterapia vincular padres-bebé.

9.2. Cuando Alicia tiene mes y medio de vida.

Alicia es el nombre de una bebé, de un mes y medio de vida, que he llegado a ver hoy junto a sus padres.

Hace dos semanas, remitida por la neonatóloga que atendía a su pequeña hija, la madre solicitó una entrevista para que les ayudara a afrontar la grave situación de enfermedad que su hija, ingresada, padecía debido a una Trisomía 18.

En nuestra primera entrevista me relataron la situación angustiada y lo muy tristes que se sentían ante el diagnóstico de una enfermedad incurable con un pronóstico de fallecimiento seguro. Sólo era cuestión de unas semanas, sin que pudiera precisarse con anticipación el tiempo de supervivencia.

Alicia nació con poco peso, el parto fue provocado unas semanas antes de llegar a término la gestación. Sorprendió que apenas llorara. En las horas siguientes fue trasladada a un hospital de referencia en el que se le diagnosticó una Trisomía 18.

La expectativa de su nacimiento se encontraba teñida por una ilusión contenida, debido al temor de que pudiera detectarse una malformación como sucedió en el anterior embarazo que tuvo que ser interrumpido en el quinto mes. El relato de las circunstancias que rodearon aquel aborto, contenía las heridas propias de una experiencia traumática producidas por el momento y por algunas de las personas que practicaron el aborto.

Pero esa situación era el segundo tiempo de una exposición al rechazo de aquellos que detentan el saber y, a algunas veces, se colocan en una posición situada más allá del

bien y del mal, tanto para poder hacer bien como para poder hacer-lo mal.

El primer tiempo corresponde al momento en el que se verificó la malformación del feto de su primer embarazo y tuvieron que decidir sobre su futuro. Al comunicar a su ginecóloga la decisión de abortar, ésta, posicionada a contrario, les dijo: "lo vais a matar". Esta recriminación que los acusaba de filicidio premeditado, tuvo su prolongación en el equipo obstétrico que riñó a la madre porque el bebé estaba ya casi fuera cuando acudieron. Todo ello a pesar de que ella reclamara varias veces su atención ante las contracciones, y estos le dijeran que aún no había llegado la hora, que era pronto. El trato que siguió a esta recriminación no mejoró, más bien al contrario. Las palabras recriminatorias de la ginecóloga encontraron su "igual" en las de la matrona y en otro miembro del equipo.

¿Se trataba de una "torpeza" producida en un momento malo de varias personas de un equipo? ¿Era el efecto de una recriminación ligada a la decisión de abortar en una gestación tan avanzada?, ¿Era la falta de un criterio claro para realizar el aborto?, ¿o se trataba de la dificultad para "ejecutar" la sentencia? Fuera cual fuera la razón, varios profesionales reaccionaron de manera hiriente hacia esta pareja y en especial hacia esta madre.

Nada fácil es dar la muerte cuando el deseo es dar y cuidar la vida.

Primera sesión.

En la primera entrevista me relatan la crudeza de su dolorosa experiencia en su aventura de desear ser padres.

Después de la terrible experiencia de tener que decidir la interrupción de la vida intrauterina de su primera gestación, volvieron a "armarse" de valor y de ilusión y emprendieron la experiencia de una nueva. Extrañamente, según ellos me relataron, no se llevaron a cabo suficientes estudios para averiguar el origen de la malformación del primer feto.

Con ésta nueva gestación, vista la evolución observada del feto, se les dijo que no había razones para pensar que algo no fuera a ir bien, aunque finalmente sucedió lo imprevisto y su hija, a la que visitan varias veces al día en neonatología, nació con una enfermedad que la condenaba a una corta vida.

En ésta primera entrevista los dos han llorado intensamente. El pesar rebosa sus carnes y se hace lágrimas.

Me comentan que están yendo a verla aunque la situación es penosa y no saben cómo manejarla. Me comentan que apenas lo han dicho a su entorno y que se encuentran muy aislados en su casa y en su pena. Les sugiero compartir su experiencia con la familia y abrirse hacia aquellas personas con las que se sienten bien habitualmente. Les señalo que la niña está actualmente viva y que éste es el tiempo en el que ellos se encuentran ahora, aunque después tenga que llegar otro muy temido.

Estos padres describen su situación de aislamiento como una situación de espera en la que experimentan una gran *contracción* del tiempo. Tiempo que desean que pase sin experimentarlo, para no sufrir la ilusión rota por la desesperanza.

Me hablan de la habitación que tienen completamente preparada para la niña, que no llegará a ocuparla y se preguntan sobre qué hacer con ella, si dejarla cerrada, dejarla abierta o ir vaciándola de su contenido.

También en esta sesión, al hablar de la dificultad para comunicar el nacimiento de Alicia, aparece la realidad de que más adelante tendrán que anunciar su muerte y hacerse cargo de los preparativos de su defunción.

Hablar de su muerte anunciada, y del anuncio que tendrán que hacer a aquellos que los acompañarán en su dolor, les ha permitido sentirla más viva.

Segunda sesión.

En la segunda sesión ambos expresaron su dificultad para asumir la doble tragedia, pero también relataron las dificultades superadas en el campo laboral hasta llegar a la actual situación de bondad económica.

Mi observación de su falta de alegría, de su retraimiento y del abandono evidente de aquellas actividades e intereses que hasta ahora les procuraban satisfacción, me llevó a expresarles con claridad la importancia de seguir cuidando de sí mismos, de intentar seguir disfrutando de aquellas fuentes que hasta ahora se lo permitían y finalmente de mimarse bien.

En torno a este consejo quedó bien claro que la gran pena que vivían por el futuro de su hija, era *moralmente compatible* con que ellos quisieran seguir disfrutando de su vida.

Este aspecto, que busca compatibilizar el dolor con el placer, ha sido, para mí, objeto de reflexión en otras situaciones similares, en las que se hacía evidente el auto-abandono de la búsqueda de fuentes de disfrute, como consecuencia de un debate moral que lo prohibía.

Me despedí de ellos animándoles a mimarse.

Tercera sesión

La tercera sesión fue, de entrada, sorprendente. Vinieron sonrientes y diciéndome que habían tenido la idea de llevarse a Alicia a casa. Me preguntaron por mi opinión y yo les dije que el que ellos desearan tener a su hija en casa, el tiempo que viviera, me parecía un deseo absolutamente legítimo y saludable. Les pregunté si habían hablado de su deseo con la neonatóloga responsable de la niña y quedamos en que iban a consultarla para poder valorar si era factible realizar su deseo sin perjuicio para el bienestar de su hija.

La respuesta de la neonatóloga fue positiva, debían de aprender a colocar la sonda nasogástrica para su alimentación y administrarles los sedantes por si los necesitaba y, con su acuerdo, se la llevaron a casa.

Quinta sesión.

En la 5ª sesión vienen con aspecto cansado. La madre relata que desde hace casi una semana la niña llora y está muy irritable aunque ayer se dio cuenta que masajeándole la planta de los pies, la bebé se calma mucho. El llanto los expone a una experiencia inquietante y muy irritante. Intentan apaciguarla pero no lo consiguen.

Les señalo que el llanto es una forma de expresar un malestar y que poder llorar alivia y resulta más saludable que sentir malestar sin poder llorar. La madre dice que a ella le preocupaba que el llanto pudiera perjudicarla a nivel cardíaco y la tranquilizo, diciéndole que no, basándome en mis conocimientos de psicopatólogo de bebés y niños, y en el contacto que mantengo con la pediatra.

Al intentar centrar con ellos el porqué y el desde cuando, aparece el hecho de que comenzó hacia seis días, al día siguiente de ir a visitar, por primera vez, a su pediatra de zona. Al día siguiente de que esta les dijera que no salieran a la calle, que la mantuvieran cerca de la ventana con sol y que no recibieran visitas, la niña se puso mal y empezó a llorar (estamos en el mes de mayo).

Los padres, sobre todo la madre, que es quien está todo el día con la niña, salieron disgustados porque perdían la posibilidad de salir y de recibir visitas.

La madre relata haber pensado, como es muy habitual en estas situaciones de llanto prolongado del bebé, en "darla" a quien fuera (en deshacerse de ella por agotamiento).

Al poder ayudarles en relacionar su propio disgusto, creciente en los siguientes días del mandato pediátrico, con el malestar de la niña, llorando en resonancia con el malestar de ellos, se han tranquilizado.

El llanto de su bebé desapareció al día siguiente de esta sesión, cuando ellos habían vuelto a autorizarse para desarrollar su vida acorde a las necesidades de la niña, pero también de ellos mismos. La rigidez agobiante, que se había instaurado con la visita y el mandato pediátrico, cedió y apareció en ellos una legitimación, razonada, para desarrollar aquellas experiencias vitales y placenteras que debían de seguir nutriéndoles a ellos y a la niña.

Decidieron reabrir su casa a la familia y a algunos amigos, pasear con cautela a la niña, y volvieron a sentirse ilusionados con la experiencia de criar y tener a su hija en casa.

9.3. Tres meses de vida.

Alicia tiene ahora tres meses recién cumplidos. Desde hace varias semanas su comportamiento, en el momento de alimentarla, ha ido empeorando progresivamente. En la sesión de hoy, sus padres me cuentan que apenas está tomando del biberón. Toma unos cinco o diez ml y deja de succionar mientras aparta la cabeza.

La hipótesis explicativa, de la madre es que Alicia sabe que después del biberón vendrá la sonda, a la que ella vive tan molesta y que rechaza con todas sus posibilidades. Una sonda que tiene que ser reintroducida cinco o seis veces al día, para completar la toma.

La sonda se ha convertido en un elemento que la reexpone diariamente a una experiencia traumática de intrusividad corporal. En este momento en el que acaba de cumplir tres meses, su inquietud ligada a una expectación indagadora se evidencia al escuchar y observar a su madre en la fase de los preparativos del biberón. El tiempo de los preparativos es anticipador, para ella, de la experiencia con la sonda.

Desde hace varias semanas, ha aprendido a retirársela con la mano, mediante movimientos de apartamiento que acaban sacándola. Su empeño por retirársela ha sido mayor debido a la experiencia de malestar creciente, favorecido por el incremento de la irritación nasal que ha producido una inflamación de las mucosas, con producción de mucosidades y una mayor dificultad respiratoria.

Junto a sus claras manifestaciones de anticipación y de rechazo, y una disminución evidente de su tolerancia a ser alimentada, también manifiesta un aumento notable de su irritabilidad, que se expresa mediante un incremento de los tiempos de llanto, una mayor dificultad para calmarla y un rechazo selectivo hacia la madre, que es quien habitualmente se hace cargo de su alimentación, y que está perdiendo el "hilo constructor y mantenedor del apego".

De la misma manera, estando en el regazo, rechaza aquellas posturas corporales

asociadas con la introducción de la sonda.

Este incremento de su irritabilidad y del rechazo alimentario, ó del regazo, junto a un aumento de las dificultades para mantener un sueño sosegador, invadido por los recuerdos de una experiencia persecutoria que desborda sus capacidades de acabar con ella o de metabolizarla, y se manifiesta con frecuentes despertares acompañados de llanto y una creciente dificultad para acceder al adormecimiento, me ha llevado a recomendar a los padres el cese de la práctica de reintroducir la sonda como método de alimentación y les recomiendo que se siga exclusivamente con la alimentación oral.

El pronóstico previsible, de seguir con esta práctica, sería el incremento del deterioro del apego, la intensificación del trastorno reactivo del sueño, el riesgo de desequilibrio psicossomático y la pérdida de la percepción de un hambre que se convertiría entonces en una fuente de malestar corporal inextinguible, puesto que perdería su sentido de necesidad y apetencia calmable mediante la ingesta alimentaria. Del mismo modo, se perdería el placer ligado al apuntalamiento del proceso de investimento erogeneizante de las zonas oro-fágicas y olfativas y de la experiencia disfrutable de su cuerpo en contacto con el de su madre, y quedaría a merced de una inercia depresógena.

Esta experiencia con la sonda ha terminado por producir, en Alicia, una fobia alimentaria.

El procedimiento que he recomendado para revertir el proceso, consiste en ofrecerle el biberón con una frecuencia, ó intervalo entre tomas, que variará según la cantidad tomada, aunque en general no será inferior al tiempo necesario para su digestión. Así mismo, les pido que no se la fuerce a tomar cuando manifieste claramente no querer más.

Es de esperar que la experiencia del biberón sin sonda, repetida con frecuencia en las primeras 24 horas, acabe reinstalando su confianza en quien la alimenta y contribuya a extinguir su expectativa angustiada. Junto a la recomendación de ser alimentada sólo por vía oral, también se encuentra la de jugar con ella después de cada toma para que la secuencia biberón-sonda quede sustituida por la de biberón-juego.

Todas mis recomendaciones están ligadas a la necesidad de que, al día siguiente de la sesión, se pongan en contacto con su pediatra y le expliquen todo lo que les he expuesto y aquella les indique un complemento alimentario. La coordinación con su pediatra es imprescindible.

Esta recomendación se produce teniendo en cuenta los actuales recursos físicos y psíquicos de Alicia. Su madre señala que, así como al principio quedaba exhausta por el esfuerzo de succionar, en este momento, y desde hace unas semanas, tiene energía suficiente para alimentarse y completar toda la fase de succión hasta acabar con la toma. Ha sido capaz de terminarse varias tomas con ganas y de manera completa en un mismo día, antes de que empezara el deterioro.

Una queja de la madre, que también expresaba una necesidad, ha sido la de que no le ha sido posible observar ni tampoco respetar las irregularidades del apetito, presentes en la vida de cualquier bebé. Es decir que, a modo de ejemplo, si tenía fiebre y malestar por una vacunación podía perder un poco el apetito a lo largo de varios días y recuperarlo al reinstalarse el bienestar físico. Irregularidad natural de la pérdida de un apetito, desplazado momentáneamente por el malestar. Y que en su caso no ha sido respetada puesto que, con independencia de la causa, cualquier disminución en las tomas ha sido, por recomendación pediátrica, nivelada mediante la sonda.

La necesidad de esta madre de tener acceso a una experiencia más natural de la alimentación, que incluye el respeto por el ritmo espontáneo de Alicia, es evidente.

Cuando he hablado antes del deterioro de la experiencia placentera que constituye y garantiza la co-construcción renovadora del anhelo de apego, no sólo me refería al rechazo de la niña hacía su madre, también al rechazo de la madre hacia la niña. Esta experiencia materna, claramente descrita por esta madre, me resulta muy familiar a través de otros casos.

Resulta interesante observar que ésta experiencia de malestar localizado quedó asociada a otros momentos de malestar físico producido por otros factores, como fue la vacunación que le produjo fiebre y malestar general a lo largo de varios días. En esa situación, al quedar asociado el malestar general producido por la vacunación, con el que le había venido produciendo la sonda, para acabar con el malestar intentaba retirarse una y otra vez la sonda, aun cuando ya no la tenía puesta desde hacía varias semanas.

Veamos ahora cómo cursaron los tiempos de su recuperación.

- Al día siguiente de tomar la decisión, de no reintroducir la sonda, estuvo tomando poquitas cantidades mientras su estado permanecía irritativo y el sueño aún muy alterado.
- En el segundo día ha mejorado en varias tomas y ha comenzado a mejorar su sueño. Se ha introducido, a propuesta de su pediatra, una leche más enriquecida aunque su sabor es peor. He señalado que en el caso de que empezara a mostrar rechazo por el gusto, se la retirara y se volviera consultar a su pediatra. Su reactividad lúdica, es decir su placer por jugar con sus padres, ha mejorado claramente al mismo tiempo que su sueño se ha vuelto más tranquilo.
- El tercer día se lo ha pasado casi todo durmiendo y sus padres se lo han permitido aunque, desde el hambre, la niña ha reclamado las tomas. Ha hecho tomas desde 30 a 50 ml, cada dos horas.
- El cuarto día ha tomado muy bien en todas las tomas, acercándose ó alcanzando la cantidad de 70 ml prescrita. Y cada vez, el inicio de su tomas ha sido provocado por el hambre.

Como he explicando a su madre hoy, el comer no se apuntala sólo en el hambre sino también en la experiencia de placer, experimentada en el acto de alimentarse. En estos momentos se extingue la sensación de displacer fisiológico y se erogeneiza la zona oral, esofágica y olfativa. Ambas experiencias generadoras de satisfacción, enlazadas con el placer de la interacción, serán memorizadas y recordadas cuando el malestar producido por el hambre reaparezca.

La madre me dice que siguen jugando con ella después de alimentarla. Me dice que ha conseguido endulzar con sacarina la leche enriquecida que no le gustaba y que de este modo la acepta muy bien. Me dice que no se lo acaba de creer, cuando les digo que si no aparece algún factor imprevisto Alicia debería de seguir experimentando el hambre y comer con ganas. Le señalo también que la alimentación está expuesta a una irregularidad normal y a factores diversos que pueden alterar provisionalmente el apetito.

9.4. Después del verano, con cinco meses y medio.

En nuestra primera sesión después de las vacaciones de verano, cuando Alicia tiene

una edad de cinco meses y medio, los padres me comentan que todo ha ido muy bien en el mes de agosto, salvo en la última semana en la que Alicia se puso mal.

La descripción de las tres primeras semanas ha sido de un tiempo casi paradisiaco, rodeados por la familia de la madre, relajados y sin la preocupación del trabajo. En ese tiempo se han producido progresos: el sueño ha mejorado, la alimentación ha mejorado y la expresividad emocional ante los tiempos de contacto y separación ha mejorado. Alicia a llegado a dormirse solita y tranquila en su cuna ó en su hamaca, estando al lado de sus padres. Es decir que la experiencia de sosiego ha sido general.

Pero cuando faltaban seis días para la vuelta a casa, Alicia ha comenzado a ponerse enferma. Se ha resfriado y ha pasado varios días con otitis, alterándose la calidad de la vivencia familiar. En ese mismo periodo, después de un episodio de llanto intenso y prolongado, se ha producido su amoratamiento.

Sucedió a la hora de la comida: como en otras ocasiones, sus padres la habían depositado en su hamaca para, mientras, comer ellos. Al contrario de los días anteriores, Alicia se mantuvo llorando y acabó poniéndose azulada. Temiendo que acabara desmayándose, sus padres la cogieron, se calmó y volvió a la normalidad. Este hecho les llevó a consultar con el cardiólogo, quien les dijo que existía una alteración cardiaca que podía generar una insuficiencia respiratoria y que habría que valorar la conveniencia de una intervención quirúrgica del corazón, además de prescribirles una medicación para los pulmones.

A pesar de todo, en su visita al hospital, varios especialistas que conocían a Alicia les han expresado su sorpresa por la buena evolución de la niña.

¿Pero porqué, cuando todo iba bien, se produce el empeoramiento de Alicia, y en qué registros?

- Se altera su capacidad de mantenerse tranquila estando acompañada y se instala un estado de irritabilidad al que quedan coaligados la alteración del acceso al adormecimiento y un empeoramiento de su apetito.
- Se produce un amago de desvanecimiento, que recuerda los espasmos del sollozo en su forma azul.
- Se produce una otitis que sugiere una inmunodepresión.

Ante el relato de los padres, advirtiéndoles de que en este caso podía no tener que ver, les cuento que después de un período prolongado de hospitalización, en ciertos casos podía observarse un pequeño empeoramiento pasajero en el bebé, uno o varios días posteriores al anuncio del alta.

Les comento que después de un tiempo de sentirse "abrigados" por el equipo pediátrico, los padres se inquietan ante la posibilidad de reencontrarse con las dificultades y padecimientos que experimentaron antes de sentirse ayudados.

Ante mi relato la madre dice que ella había comenzado a sentirse inquieta y pensar con preocupación sobre el final de las vacaciones y la vuelta a casa. En su narración quedaba patente la coincidencia temporal de los trastornos aparecidos en Alicia y la aparición del temor de la vuelta a casa, tanto en su madre como en su padre.

Era evidente que la disponibilidad relajada y alegre de la madre, estaba quedando eclipsada por la aparición de la angustia. Este movimiento había modificado los aportes emocionales en su relación con Alicia y esta se estaba viviendo súbitamente desprovista de

una modalidad de investimento tierno y lúdico.

Aún cuando existen las dificultades fisiológicas señaladas por el cardiólogo, el cambio en su estado emocional ha alterado también ciertas funciones: sueño, alimentación, sosiego y capacidad de recogimiento cálido, función respiratoria e inmunológica.

Es evidente que el cuerpo tan delicado de Alicia se encuentra expuesto al riesgo de importantes fallas somáticas, pero también es evidente que su estado emocional, co-regulado por el estado emocional de sus padres, compartido interactivamente, resulta también regulador o desregulador de sus respuestas somáticas.

La visita al cardiólogo ha producido un efecto muy impactante en los padres debido a la crudeza de una situación física de alto riesgo. La posibilidad de una intervención quirúrgica que necesita ser meditada por el equipo médico y por los padres, los coloca ante el riesgo de que aparezcan complicaciones que pueden llevar a la niña a la muerte.

El dilema de los padres está en no negar la realidad, no tirar la toalla y abandonarla a la "suerte" de los pronósticos que, al principio, le auguraban algunas semanas de vida; no desear prolongar artificialmente su vida si puede suponer un gran sufrimiento para la niña y no dejar escapar ninguna posibilidad de intervención que pueda mejorarla sin comprometer su calidad de vida.

Es un difícil equilibrio el que deben de mantener, haciendo frente a una realidad compleja, con una función parental a la que no quieren renunciar en ningún momento, pase lo que pase, para mantener una alianza fiel, forjada con ternura, dignidad y respeto tanto hacia la vida como hacia la muerte.

9.5. Una mañana...

Una mañana, cuando Alicia tiene ya 8 meses y medio, la madre me llamó para decirme que la niña había fallecido de madrugada, en el hospital.

Al día siguiente, en la sesión, me lo relataron:

El jueves y el viernes (tres días antes) perdió el apetito y estuvo irritable, calmándose sólo cuando la cogían en brazos. El Apiretal no la tranquilizó. Pensaron que podía ser la dentición hasta que el sábado empezó con fiebre y la llevaron a urgencias. La pediatra de urgencias diagnosticó una neumonía grave y la necesidad del ingreso en UCI.

Dada la extrema gravedad y el pronóstico de fallecimiento en 24 ó 48 horas, los padres le pidieron una alternativa para evitar el sufrimiento de la niña sin separarles de ella. Al faltarle un conocimiento amplio de la situación general de la niña, la pediatra solicitó opinión a una especialista de la planta de neonatología que conocía a la niña. Esta pediatra entendió la petición de los padres. Preparó una habitación con monitorización, oxígeno, etc. Y se le administró una medicación analgésica y sedante con la que la niña se mantuvo muy relajada y tranquila.

Los familiares pudieron ser avisados y fueron a verles a lo largo del sábado y del domingo. El domingo por la tarde estuvo muy dormida como también siguió estándolo a lo largo de la noche. En la noche del domingo procuraron no hacer ruido, ni decirle ó hacerle nada para no molestar su quietud.

Sin embargo cuando la tocaron para comprobar su estado y le dijeron algunas cositas tiernas, ella se fue apagando.

A lo largo de los cinco minutos que siguieron el momento en el que ella se reencontró con ellos, quienes la tocaban y le hablaban de manera dulce, el ritmo cardíaco medido por el monitor, fue perdiendo fuerza y se fue debilitando hasta desaparecer toda señal de actividad cardíaca.

Su madre estuvo todo ese tiempo con su mano en contacto con el pecho de la niña, comprobando físicamente, mientras la acompañaba y la arropaba junto al padre, el debilitamiento y desaparición del aliento vital.

La neumonía no fue debida a un proceso bronquítico común agravado, sino al encharcamiento progresivo de sus pulmones, ligado a la gran deficiencia cardíaca originada por su enfermedad.

Tras fallecer, el lunes por la mañana, los padres y la familia han preparado sus sepelios.

Los padres han decidido seguir siendo atendidos por mí, a lo largo del tiempo que ellos necesiten para recuperarse en las mejores condiciones posibles. Quedamos en seguir viéndonos la siguiente semana, en el día y la hora y de siempre, aunque sin Alicia.

Naturalmente afectados, relatando los sentimientos y las decisiones que han debido tomar para seguir cuidando de su hija, hablando de su dolor y de su vacío, esta joven pareja de padres se encuentra muy entera, lúcida y tranquila. Tienen la vivencia de haberse ocupado de su hija, como ellos decidieron hacerlo después de que nos viéramos las dos primeras veces. La han cuidado, disfrutado y padecido. La niña ha vivido en casa, ha salido, ha vivido su familia y su familia ha compartido con ella sus afectos y atenciones.

Su proyecto de atención personal y familiar ha cristalizado a lo largo de los 8 meses de vida de Alicia.

La madre me decía que fue importante permanecer al lado de ella en los dos últimos días. La separación les habría llevado a imaginar, de una manera muy inquietante y culpabilizante, la vivencia de la niña en el trance de ir apagándose.

Ella y el padre me dicen que piensan que la niña estuvo esperándoles, para poder irse.

Piensan que éste contacto que le dispensaron a las siete de la mañana, permitió a la niña dejarse morir y liberarse del enorme esfuerzo que hacía todo su ser para mantenerse con vida, "exprimiendo", como dijo la madre, todo lo que podía, las energías de un cuerpo ya exhausto.

Dejarse llevar por la muerte, acompañada, en contacto físico y afectivo con sus padres, era lo que, al parecer, esperó en las últimas horas de esa noche tranquila.

Y lo obtuvo.

9.6. Ayudando a conservar el hilo emocional sostenedor de la vida

En casos como el de ésta familia resulta especialmente necesario mantener, en todo momento, la vista puesta sobre el “hilo emocional conductor” (constructor, tejedor) de la vida en su compleja organización psicosomática interactiva. La dinámica vitalizante requiere ser cuidada para que el frágil equilibrio que sostiene la homeostasis y la orientación psíquica, organizadora de la complejidad del deseo de vivir unido a otro y a sí-mismo, no se rompa. Protegiendo de la angustia y de la depresión, facilitando la expresividad y la perceptividad emocional, facilitando el placer, respetando la libertad de decisión, escuchando el sentir y facilitando la iniciativa reflexiva.

Como sucede con una cometa que se sostiene planeando en el aire, gracias a la energía producida por el viento que sopla a su favor, mientras se encuentra sujeta por un hilo muy fino, invisible desde lejos y sujeto por una persona, quienes cuidamos a una familia en apuros, debemos de sostener un hilo, que se nos vuelve visible mediante nuestra representación afectivizada.

Necesitamos mantener la vista sobre el espacio y los tiempos presentes, a menudo estrechos y oscurecidos por la incertidumbre y la angustia, para redescubrir diariamente el camino a conservar y recorrer, para sujetarnos al hilo de la vida. Evitemos centrar la vista en lo inquietante futuro porque, aunque previsible, no pertenece aún a éste tiempo, y nos puede descentrar.

Como cuando conducimos por la noche en una pequeña carretera con coches que pueden deslumbrarnos, necesitamos mantener nuestra atención en el estrecho y oscuro espacio iluminado por nuestra indagación reflexiva, para no salirnos de él. Las luces que llegan de frente pueden atraernos-entretenernos-deslumbrarnos, llevarnos a chocar con ellas y desviarnos del camino, sólo visible si estamos dispuestos a re-descubrirlo en la estrechez de un presente en el que, de manera imprevisible, en cada momento se observa una nueva combinación de información vital que requiere de una nueva búsqueda de sentido y significación compartida.

La función materna y paterna puede no llegar a desarrollarse en su plenitud, y quedarse sin poder favorecer el mejor desarrollo del vínculo bebé-madre-padre. El pánico a la pérdida es un factor que lo dificulta. ¿Cómo vincularse al ser que se va a perder, si la vinculación con ese bebé requiere de una implicación emocional muy profunda, cuyas raíces llegan a la vivencia bebé-madre-padre que se fue antaño?, ¿Cómo renunciar después al bebé, si ello supone exponerse al doble duelo desgarrador que se produce en los dos registros vinculares madre-bebé, actual y pasado?

La opción de unirse al bebé es personal y sólo puede originarse como un proceso emergente del ser profundo dispuesto a co-aliarse y co-aligarse a su destino.

Co-alianza y co-aligación desarrolladas entre el otro y el bebé anhelante por obtener y co-construir una experiencia de unión predominantemente placentera que le permita sentirse a salvo de su extinción, y sentirse en común-unión. Sujeto a/de un otro que lo nutre y lo ampara físicamente, y sujeto a/de los investimentos y representaciones emocionales de un otro que le permitan descubrirse a sí-mismo. Identificación de sí, co-construida con ese otro dispuesto a acogerlo y alojarlo en un interior mental compartible, sin confusión (los padres se preguntan qué hacer con la “habitación” (su interior mental) preparada para Alicia a lo largo de la gestación).

El surgimiento espontáneo del deseo parental de acogimiento y unión permite que, en su encuentro con el bebé, este se sujete y advenga sujeto destinatario de sus representaciones y emociones.

Después de permitirse expresar su dolor, con la recuperación del deseo de mimarse y disfrutar de su propia vida, se re-anima en los padres de Alicia el deseo de llevársela a su casa. Desde el placer sentido en ellos, viviéndose destinatarios autorizados del mismo, su ánimo crece y se extiende en el deseo de recibir a su bebé en “su bonita habitación”, construida con el material extraído de las huellas de las investiduras narcisísticas tempranas de una unión añorada-idealizada que busca, desde una repetición transgeneracional, volver a crear vida.

El deseo emergente del ser profundo que anhela una renovación y prolongación de la vida a través del bebé, merece varias consideraciones:

- Puede verse alterado/interferido/obstaculizado por circunstancias o factores que dañen el mantenimiento del hilo de sujeción vital padres-bebé y bebé-consigo mismo.
- El hilo de sujeción co-construido entre el bebé y el otro, depende de la voluntad consciente parental y de un estado emocional interno afectable por distintas circunstancias o factores internos y externos.
- La función parental requiere de una sujeción interna y externa que el entorno puede/debe de ofrecer.
- La sujeción de la función materna por parte de otro requiere que ése otro esté dispuesto a reconocerla e identificarse con ella sin apropiársela.
- La función materna reside en la madre, padre o en quien desee profundamente acoger al bebé y coaligarse afectivamente a él en cuerpo y alma.
- La función parental necesita ser cuidada por el otro, desde la identificación y respeto hacia su singularidad.
- El hilo conductor vital que sujeta el terapeuta a los padres requiere también co-construir una alianza protectora de la vida en ambos y evitar la confusión de lugares y de atribuciones.

En diferentes momentos el caso de Alicia muestra claramente hasta qué punto el equilibrio de su salud se apuntala, en parte, sobre el equilibrio emocional parental. La angustia parental intensa percibida/recibida por el bebé, desborda su capacidad psíquica de asimilación y desencadena distintas alteraciones somáticas.

Los bebés expuestos a un exceso de informaciones-estimulaciones “negativas” que dañan la “membrana o envoltura interface de regulación emocional co-construida”, filtradora del exceso de excitación procedente del interior o exterior, desarrollan una mayor sensibilidad receptiva y una mayor reactividad ante las estimulaciones somatoemocionales internas y externas. Es el caso de Alicia. Por ello, existe en ella una mayor vulnerabilidad receptiva.

La acumulación del sufrimiento emocional parental no asimilado, mediante estrategias defensivas que dañan su perceptividad y su expresividad, impacta la sensibilidad del bebé y promueve en él estrategias defensivas similares.

Favorecer la expresividad de los afectos dolorosos, pudiéndolos llorar acompañados por un otro empático, permite una disminución del dolor experimentado, una reconciliación con la propia impotencia/indefensión, desencadenante de una vivencia culpógena

persecutoria, y favorece que el bebé pueda utilizar esos mismos recursos de metabolización y crecimiento (Palau, 2000, 2003, 2006, 2007, 2010, 2011).

La falta de consideración del lugar y funciones garantes del desarrollo y mantenimiento del hilo vital que sostiene al bebé, puede llevar al profesional a decidir intervenciones que no tengan en cuenta o no respeten las necesidades y deseos revitalizantes de los padres (como cuando la pediatra recomienda no sacar a Alicia de casa). Si no se tiene en cuenta que el equilibrio psicosomático del bebé es interdependiente del de sus padres, se podrá errar en su guianza. Por todo ello resulta necesario sensibilizar a los pediatras sobre la interdependencia psicosomática del bebé en situación de riesgo.

Es necesario, pues, mantener la vista puesta sobre la vida, sobre el hilo conductor que la sujeta en su forma compleja de organización y desorganización para sostener lo mejor posible la homeostasis psicosomática interactiva. El tejido y construcción de ése hilo de sujeción vital, depende de una experiencia relacional y narrativa que permita la identificación primaria, intra e intersubjetiva, del bebé por parte de un otro dispuesto a unirse a él, para lo mejor y lo peor. Siendo el bebé sujeto destinatario de las inversiones positivas y negativas del otro, también el otro lo es.

La función de la psicosomática especializada en bebés y niños, en los casos afectados físicamente, resulta especialmente necesaria, puesto que estos requieren de la visión clínica complementaria del especialista del cuerpo y del especialista de la vida psíquica y emocional ligada a la experiencia de los procesos de la interacción y de la organización psicosomática.

9.7. REFERENCIAS.

- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris: Ed. Delachaux et Nestlés.
- Golse, B. avec Seguret, S. Mokhtar (2001). *M. Bébé en réanimation*. Ed. Odile Jacob.
- Golse, B. & Missonnier S. (2005). *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*, collection : la vie de l'enfant, Éditions Érès.
- Golse, B. (2006). *L'Être Bébé*. Ed. PUF, coll. Le fil rouge.
- Golse, B., & Keren, M. (2000). The pediatric team and the Consulting child psychiatrist Racing the hospitalized depressed infant: some clinical reflections, in *Israel Journal of Psychiatry*, 37, 3, p. 197-204.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Ed. Éditions de Minuit.
- Green, A. (1983). *Narcisisme de vie, narcissisme de mort*. Ed. Editions de Minuit.
- Lebovici, S., Diatkine, S. & Soulé, M. (1997). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Ed Puf, 3^a ed.
- Lebovici, S. & Weil-Halpern, F. (1989). *Psychopathologie du Bébé* : Ed. PUF.
- Marty, P. (1995). *El desorden Psicossomático*. Ed. Promolibro.
- Marty, P. (1992). *La Psicossomática del Adulto*. Ed. Amorrortum Editores.
- Missonnier, S., Blazy, M., Boige, N. & Tgawa, O. (2012). *Manuel de Psychologie Clinique de la Périnatalité*. Ed Elsevier Masson.
- Palau, P. (2000). *Bebé en riesgo: mamá, no nos vemos*. *Revista Iberoamericana de psicossomática*. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2003). *Tratamiento psicossomático hospitalario de un bebé con parálisis cerebral*. *Revista Iberoamericana de psicossomática*. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2004). *Somatizaciones en niños de riesgo, producidas desde el vínculo*. *Revista de psicossomática y psicoterapia médica*, 2°. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2005). *Réanimation psychique, dans un contexte hospitalier, d'une petite fille avec paralysie cérébrale*. *Revista Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, n° 9 de 2005. ISSN 1422-5824.
- Palau, P. (2006). *Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico*. *Revista de Psicoterapia médica y psicossomática*, n° 61. ISSN: 0211-0822.
- Palau, P. (2007). *Factores agravantes de la diabetes infantil*. *Revista Iberoamericana de Psicossomática*, n°8. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2007). *Implicación pluridisciplinar en las situaciones perinatales de trauma y violencia*. *Estudios para la Salud*, n°24. Ed. Escuela Valenciana para la Salud.
- Palau, P. (2007). *Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno*. *Revista de psicossomática y psicoterapia médica*, n°1. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2007). *Bondades, dificultades y perversiones de los equipos hospitalarios que tratan a los niños y sus familias*. *Revista Iberoamericana de Psicossomática*, n°8. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2009). *¿Porqué llora Daniela? cólicos del lactante*. *Revista de Psicossomática y Psicoterapia Médica*. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2009). *Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé*. *Revista Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, n°12.

- Palau, P. (2010). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica? *Revista de Psicopatología y Psicoterapia Médica*. Ed. Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2010). Psicopatología y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición. *Revista de Psicopatología y Psicoterapia Médica*, nº74. Ed. Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica. Publicado también en: *psicopatología, Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 61-2010.
- Palau, P. (2011). Psicopatología Perinatal: trastornos psicopatológicos y de la interacción. *Revista de Psicopatología y Psicoterapia Médica*, nº77. Ed. Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2012). Los trastornos alimentarios en el bebé y el niño. *La salud mental infantil*, publicada por ASMI WAIMH España. Ed. GRAÓ
- Palau, P. (2012). La psicopatología del bebé y del niño. *La salud mental infantil*, publicado por ASMI WAIMH España. Ed. GRAÓ.
- Palau, P. (2012). L'anorexie du nourrisson. Les Troubles Psychosomatiques, cap.48, en el *Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Edit. Lavoisier.
- Palau, P. (2012). Vomissements psychogènes. Les Troubles Psychosomatiques, cap.48 del *Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Edit. Lavoisier.
- Palau, P. & Benac M. (2012). El llenguatge dels bebès ens parlen d'experiències compartides, en Amor i Educació. X Jornades d'Innovació en l'Etapa d'Educació Infantil. *Colecció Jornades*. Ed. Institut de Ciències de la l'Educació.
- Kreisler, L. (1992). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Dunod. Paris.
- Kreisler, L. (1996). Patología funcional neonatal alarmante. *Revista Francesa de Psicopatología* nº9.
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1999). *L'enfant et son corps*. Ed. PUF.
- Kreisler, L. & Szwec, G. (1998). *Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance*. Généralités cliniques- Propositions théoriques, *Encyclopédie Médique Chirurgicale. Psychiatrie*, 37.404.A.12p. Ed. Elsevier.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire*. Études Psychanalytiques. Ed. PUF.
- Szwec, G. (1998). *Les galériens volontaires*. Ed. PUF.
- Szwec, G. (2001). *La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle*. *Revue Française de Psychosomatique*, nº 20. Ed. PUF.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson - Une perspective psychanalytique et développementale*. Ed. Puf, Coll. Le fil rouge.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Ed. Calman Lévi

CAPITULO 10. Sufrimiento emocional temprano y estrés.

A lo largo de 55 puntos temáticos, este capítulo analiza la naturaleza y el grado de utilización de algunos mecanismos psíquicos de defensa y adaptación, activados en los primeros tiempos de la vida ante el sufrimiento somatoemocional, y desarrolla descripciones clínicas que apoyan las hipótesis centrales relacionadas con los efectos a corto y largo plazo.

Aunque existe un estrés positivo, con un efecto activador y adaptativo, en ésta tesis sólo nos referiremos al estrés negativo que puede afectar al bebé y al niño pequeño en el contexto interactivo; al paralelismo observable entre algunos mecanismos psíquicos de adaptación y defensa precoces, y sus consecuencias psicopatológicas; y a algunos procesos neurobiológicos desencadenados en situaciones de sufrimiento.

10.1. Co-resonancias.

Partimos del conocimiento de que en el bebé recién nacido existe una capacidad psíquica, emocional y neuronal, muy sensible e interactiva con el estado emocional del otro, que le permite experimentar sus estados emocionales y afectarle con el propio (Stern, Meltzof, Trevarthen, Kreisler, Rizzolatti, etc.).

En los primeros tiempos de la vida la experiencia emocional es experimentada, sobre todo, corporalmente. En esa época el cuerpo del bebé “resuena” con la activación psicoemocional producida por su experiencia vivencial, del mismo modo que la caja sonora de una guitarra resuena con la activación de sus cuerdas. Al mismo tiempo la vivencia emocional del bebé se activa en co-resonancia con la vida emocional de aquel/la que lo cuida y vice-versa (Palau, 2000, 2003a, 2007a-c, 2010b, 2011b).

Se trata al menos, de 2 niveles básicos de co-resonancia interactiva: entre el objeto y el sujeto, y entre el psiquismo y el cuerpo. Éste diálogo interactivo psicosocial, se desarrolla también entre los distintos niveles psiconeurobiológicos, incluyendo el epigenético y el neurogenético, enmarcados en ese diálogo psicosomático que el pequeño ser humano mantiene consigo y con su entorno, desde la época prenatal.

Hoy en día, la importancia capital de los primeros tiempos de la experiencia vincular, madre-padre-bebé, para la construcción somatopsíquica/psicosomática, es ampliamente reconocida por la comunidad científica en el marco del conocimiento transdisciplinar de los profesionales que se ocupan del bebé y de su familia.

Las relaciones de apego tempranas, sientan las bases para el desarrollo adecuado de estructuras cerebrales que regulan el estrés y los eventos impredecibles de la vida (Schore, 2001b, 2002a-b). Dado que, tal como se ha mencionado, el crecimiento cerebral de las áreas implicadas en la regulación y sincronía biológica se sitúan durante los primeros años de vida del individuo (y que son dependientes de la experiencia), las relaciones de apego tempranas moldean tanto directa como indirectamente las capacidades de enfrentamiento y regulación del estrés, durante las etapas iniciales de la vida y en las edades posteriores. Por esto, la relación apego-desarrollo cerebral y salud mental es una vía muy interesante a explorar para explicar la psicopatología, Schore (1997), citado por Lecanellier (2006), (ver punto 10.10 de ésta tesis).

Desde la perspectiva epigenética en el contexto del apego, el comportamiento parental adecuado en el periodo perinatal, activa el gen de regulación y de desarrollo del eje hipotálamo-hipofisario y por tanto de regulación del estrés. El bebé convertido en adulto que se ha beneficiado de una regulación del estrés adaptada, desarrollará un comportamiento parental adaptado con su pequeño, asegurando una transmisión epigenética sana (Guedeney, 2014).

10.2. Sufrimiento temprano y mecanismos intrapsíquicos de defensa antipercepción.

La exposición continuada del feto/bebé a distintas influencias internas y externas negativas, que pueden alterar significativamente su homeostasis física y emocional así como condicionar el desarrollo adecuado del sentido de su propio ser-yo, podría desencadenar desde los últimos tiempos de la vida prenatal (Grainic-Philippe & Tordjman, 2009), la activación de mecanismos intrapsíquicos de defensa antipercepción que podrán cronificarse, con una tendencia a reactivarse en el futuro, y comprometer la organización de un buen funcionamiento psíquico, debido a la permanencia de unos estados de angustia basal más o menos automática, y de depresión más o menos esencial (Palau, 2003a-b, 2007a-c, 2010b, 2011b; Marty, 1995; puntos de ésta tesis: 10.3, 10.16, 10.34, 10.35, 10.36, 10.37). Éste sufrimiento emocional desencadenaría, en el ámbito relacional, conductas evitativas y/o sobreadaptativas, pudiendo originar un desarrollo mal ajustado.

Los efectos de la alteración de la perceptividad y de la expresividad, pueden agravarse con la supresión, fomentada desde el ámbito relacional, de las manifestaciones significativas de la intencionalidad y de la iniciativa del bebé (Palau, 2000, 2003a, 2006, 2007a).

Distintas sintomatologías psicósomáticas que se observan tempranamente en el bebé (cólicos del lactante (Palau, 2009a), preformas de espasmos del sollozo (Palau, 2011b), trastornos alimentarios y del sueño (Palau, 2000, 2003a, 2007a, 2007c) , etc.), así como la alteración muy precoz de sus comportamientos relacionales, pueden ser consideradas manifestaciones de un sufrimiento que, dependiendo de su intensidad, duración y atención recibida y de su combinación, pueden convertirse en el efecto pero también, secundariamente, en la causa de un estrés/angustia/sufrimiento temprano capaz de afectar su vida cognitiva, emocional y física.

10.3. Fuentes de estimulación somatoemocional.

- Las diversas estimulaciones generadas en el cuerpo del bebé podrán tener su origen tanto en los procesos ligados a una actividad funcional del organismo como a una actividad disfuncional (encefalopatía, epilepsia, dolor físico causado por una lesión o enfermedad, etc.), que incluye la noción de pulsionalidad. En éste sentido, la presencia de una patología física podrá generar una cantidad de sobre-excitaciones que requieran de un trabajo de asimilación psíquica excepcional, que podrá saturarse y desencadenar efectos traumatógenos (Palau, 2006).
- En algunos casos también podrá generarse una sobreestimulación, sentida en el propio cuerpo, derivada de la recepción del estado emocional sufriente (angustia y/o depresión), violento o negativo de aquella persona que lo acompañe (Palau, 2007c). Estamos hablando de los procesos propios de la comunicación intersubjetiva madre/cuidador-bebé facilitados por la co-empatía primaria o co-simulación encarnada descifrada en sus bases neurobiológicas por Rizzolati & Gallese (2001) en su investigación sobre las neuronas espejo.

La carencia afectiva, generadora de un déficit importante de aporte libidinal que pueda satisfacer la demanda nutritiva del bebé, también podrá ser motivo de una experiencia de sufrimiento somatosensorial y somatoemocional.

- Una tercera fuente de sobreestimulación se producirá a través de la percepción de un exceso de estímulos físicos ambientales que afectan a la sensorialidad dérmica, auditiva, visual, olfativa, cenestésica etc., como puede suceder en entornos neonatales.
- La cuarta fuente es la reactividad endosomática y comportamental secundaria, asociada a experiencias tempranas previas estresoras, memorizadas y reactivadas posteriormente, aunque los factores originales desencadenantes hayan desaparecido. Esta fuente es frecuentemente significativa de la constitución de un núcleo traumático (Palau, 2003a, 2007a-c, 2010b, 2011b; punto 10.16).

10.4. Equilibrio homeostático, regulación de las excitaciones y posición de control.

Desde su vida uterina, las experiencias tempranas del bebé generan, en proporciones distintas, vivencias somatoemocionales que su psiquismo debe gestionar procurando mantener un equilibrio homeostático en la regulación de la recepción, percepción y atención de las excitaciones que éstas producen.

La combinación de fuentes estimulares de distinta naturaleza es habitual en la experiencia evolutiva del bebé. Su psiquismo procura llevar a cabo un trabajo de discriminación de las fuentes estimulares con el fin de mantener una *posición de control* sobre las mismas y así intentar mantener un control sobre su homeostasis. Sin embargo ésta actividad de discriminación, buscadora de sentido primero, y de significación después, puede equivocarse en el desarrollo de los enlaces al intentar encontrar la relación existente entre el efecto sentido/percebido, y su causa (Palau, 2016a; punto 10.3).

10.5. Sufrimiento emocional compartido y procesos de desconexión de la percepción.

El dolor emocional de los cuidadores, que puede tener su origen en el dolor del bebé, puede convertirse en fuente de malestar somatoemocional para éste, al impactar su *sensibilidad receptiva*. Para protegerse de ése malestar, el bebé intentará dejar de percibirlo activando mecanismos psíquicos que buscarán desconectar su percepción-atención consciente de los estímulos traumatógenos procedentes del propio cuerpo o del otro.

De éste modo, las experiencias tempranas de sufrimiento emocional, de origen propio o ajeno, desencadenarán el despliegue y utilización de recursos de adaptación y defensa antitraumáticos que podrán alterar gravemente su nivel de sensibilidad perceptiva, ante la recepción excesiva de estímulos emocionales negativos o estresantes, generados alrededor de él y dentro de él (Palau, 2003a, 2006, 2007a).

Si el bebé se encuentra afectado por una alteración física dolorosa o/y por un nivel alto de excitabilidad persistente, el umbral de su sensibilidad receptiva irá bajando y se volverá más vulnerable (Palau, 2007).

En Golse encontramos una coincidencia con nuestra concepción al decir: “el bebé se muestra muy pronto competente en ésta regulación fina de su sistema de para-excitación, competencia fundamental que condiciona en cierta manera la efectividad de las demás competencias de las que dispone” (Golse & Moro, 2014, p.44).

Las competencias sensoriales que Golse cita son: las capacidades visuales; la agudeza visual; las competencias auditivas; las capacidades táctiles y gustativas. Así mismo, y en relación a la modalidad perceptiva del bebé, señala que éste se encuentra dotado de una percepción llamada “a-modale”, que es capaz de transferir informaciones recibidas por un canal sensitivo-sensorial, en otro canal.

10.6. Procesos de desconexión de la percepción y evitativos de la relación.

Ante ése malestar, y a pesar del grado conseguido de desconexión de su percepción, pueden aparecer *trastornos psicósomáticos neonatales* y *comportamientos evitativos* del contacto sensorial o de la percepción del otro diferenciado, tanto cuando es realmente la fuente de su sufrimiento, como cuando el bebé le atribuye ser el origen, mediante un falso enlace. Estos comportamientos evitativos pueden activarse tanto en el ámbito comportamental de la experiencia relacional, como en el ámbito de la dinámica representacional intrapsíquica, la cual podrá ser constructiva o destructiva (Palau, 2000, 2003a, 2007a-c, 2010b, 2011, 2016a).

10.7. Importancia de la sensibilidad ante las manifestaciones psicopatológicas tempranas.

Sin la consideración adecuada, el llanto persistente de un bebé afectado por un cólico severo del lactante, no refleja ni genera un sufrimiento emocional, como tampoco se percibe como el posible efecto y/o causa de una experiencia emocional interactiva perturbadora.

Sin embargo, en algunos casos puede resultar una experiencia temprana de estrés importante. En general, sus posibles efectos de fragilización de la organización emocional y psíquica temprana, son minimizados y las pautas pediátricas, más allá de alguna medicación o modificación dietética, se quedan frecuentemente en el consejo de esperar a que el bebé llegue a los tres o cuatro meses de edad, época en la que, debido a su mayor desarrollo psíquico y cerebral, capaz de metabolizar las excitaciones que generan el malestar, la mayor parte de los cólicos ceden. No se contempla, en general, una posible intervención psicológica en el contexto de la relación padres-bebé desde que el sufrimiento aparece y se traslada a todos ellos (Palau, 2009a).

Algo similar suele suceder cuando el llanto continuado está relacionado con una enfermedad neurológica como podría ser, entre otras, una encefalopatía, frecuentemente asociada a trastornos de la alimentación. La visión sesgada suele ser que el daño neurológico conlleva un trastorno alimentario, como si se tratara de una consecuencia neurológica directa. Se contempla aún muy poco, cuando no se lo niega, que el daño neurológico puede producir un estado de malestar físico y por tanto emocional y que ése estado de sufrimiento emocional, a merced del malestar corporal, le llevará, al menos, a intentar establecer una conexión, enlace o relación causal, entre dos o más vivencias, intentando desplegar de ése modo, unos mínimos recursos para evitar el malestar (Palau, 2016a).

10.8. El bebé intenta encontrar un sentido y con él desarrollar un control sobre el malestar.

¿Qué sentido y mediante qué conexiones? Las que enlazan el malestar físico de origen neurológico con las huellas somatosensoriales producidas por el paso del alimento por la boca y el tracto digestivo, junto a la experiencia de ser alimentado, por ejemplo.

Aunque pueda resultar errónea desde el punto de vista de la verdadera etiología de su malestar, ésa simple conexión permitirá que el bebé intente evitar la posición-vivencia de

impotencia-indefensión que experimenta ante el sufrimiento irrepresentable, e intente construir, desde que nace, un enlace de causa-efecto que le permita construir un mínimo sentido sobre la naturaleza de lo vivido, para intentar autorrescatarse de esa confusión-desorientación-indefensión productora de sufrimiento añadido.

Las consecuencias de éste enlace explicativo podrán llevarle no sólo al rechazo alimentario con o sin vómitos, sino también a una retracción relacional que lo lleve a la hipersomnía; a la evitación de la interacción visual con el otro; a la desconexión auditiva de los sonidos provenientes de los otros; y a la desconexión de sus sentimientos y percepciones sensoriales, entre otros recursos. Además, más adelante, ante la presión continuada del sufrimiento experimentado, podrá construirse un mundo virtual para recrearse fuera de la interacción directa con el otro, en el que construya representaciones de acción mediante las que él “ ejerza un control ” sobre su propio devenir (Palau, 2006, 2016a).

10.9. Alternativas más allá del mundo afectivo-relacional.

Ante el sufrimiento, la peor alternativa para el bebé será la huida hacia un mundo virtual desafectivizante, únicamente abastecido de sensaciones inmediatas, sin anhelo o proyectos de realización personal constituidos a partir de la internalización de modelos externos, puesto que, para evitar el sufrimiento psíquico, quedará proscrita la iniciativa de re-crearse mentalmente con representaciones derivadas del mundo intersubjetivo y de las experiencias emocionales compartidas. Un mundo en el que la experiencia emocional gratificante compartida con otro deberá de ser evitada a toda costa y ser borrada del recuerdo para intentar expulsar las huellas de su misma existencia (Palau, 2010b).

10.10. Estudios sobre el apego, sufrimiento emocional y estrés.

Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson & von Eye (2006) han demostrado que en los casos en los que los bebés han estado expuestos a violencia severa y/o sus madres han sufrido una experiencia traumática, estos presentan comportamientos y síntomas de alteración emocional exteriorizados: agresividad, reactividad emocional negativa y ansiedad, entre otros.

De acuerdo con el modelo relacional TEPT (trastorno de Estrés Postraumático) de Scheeringa y Zeanah (2001), la regulación materna/cuidador puede actuar como mediadora y/o moderadora entre la violencia doméstica actual, inhibiendo o promoviendo la regulación infantil y la resiliencia.

De forma diferente a los niños mayores o adultos, los niños muy pequeños experimentan su mundo desde el contexto de la relación de apego primaria. Sus sentidos y expectativas de seguridad se encuentran psicobiológicamente ligados a su cuidador. Para apreciar los efectos de la violencia en niños pequeños, es necesario entender la naturaleza del apego desarrollado así como las vías en las que el trauma lo afecta (Scheeringa & Zeanah, 2011).

Bowlby (1980) y Schore (2002), junto con otros investigadores han señalado la vulnerabilidad de los niños con apegos menos seguros. Schore ha centrado especial atención en el *patrón de apego tipo D* (desorientado/desorganizado), donde los infantes parecen desorientados, aprensivos, contradictorios, o con comportamientos caóticos al reunirse con el cuidador. Señala a este tipo de patrón de apego D como una de las causas para el TEPT (Blank & al. 2007).

Esto puede ayudar a explicar por qué sólo algunas personas expuestas a estrés traumático desarrollarán TEPT. Los cuidadores de los niños/as con apego tipo D se caracterizan en la literatura como "aterrador y aterrado" y, sobre todo en el caso en el que el cuidador "aterrador", hace que el niño se encuentre en un dilema, ya que la persona que se supone que debe proporcionar protección y seguridad es también el autor de un sentimiento de vulnerabilidad en el niño, causando una terrible situación entre aproximación-evitación. En la actualidad, la literatura apoya firmemente una incidencia mucho mayor de patrones de apego tipo D con los hijos de padres que tienen antecedentes de trauma no resuelto y de pérdida (Boris, Zeanah, 2005; Blank, 2007).

El apego de tipo D puede actuar como un alto "*mecanismo implícito inconsciente*" limitando la capacidad del niño para comunicarse y leer estados emocionales propios y ajenos. También puede contribuir a tener dificultades para mantener interacciones con un entorno social, dificultad para usar los niveles mayores de defensas en una edad posterior, menor capacidad de empatía, y más dificultades para recuperarse de estados de estrés (Blank, 2007).

Estas dificultades señalan una falla en los sistemas de regulación cerebral (especialmente a nivel de la corteza orbito-frontal). Siendo que los primeros años son un periodo de crecimiento crítico para las áreas implicadas en la regulación socio-afectiva, las conductas que provocan están relacionadas con graves alteraciones en el proceso de maduración. Del mismo modo, la hipersecreción de sustancias tales como el cortisol, catecolamina y otras generan una toxicidad en el cerebro que impide su maduración, por ejemplo, a través de la muerte neuronal (Schoore, 2000, 2002b).

Es importante recalcar que dado que la conducta desorganizada es continua en el tiempo, *estas fallas en la regulación y los estados de hiperactivación y disociación propios del trauma, se convierten en rasgos estables de la personalidad del sujeto* (Perry, Pollard, Blakely & al., 1995; Perry, Pollard, 1998; Schoore, 2000, 2002b).

Para Schoore los cuidadores que tienden a inducir estas reacciones traumáticas exhiben un patrón de apego "desorganizado/desorientado" que, como hemos visto más arriba, se desarrolla en relaciones vinculares en donde los cuidadores muestran conductas que atemorizan al bebé y/o cuando los padres se asustan y reaccionan con mucho miedo y ansiedad al cuidarlo (Lecanellier, 2006).

El bebé también puede ser objeto de violencia por parte de sus iguales. Se ha encontrado que la violencia comunitaria en las relaciones entre preescolares, tiene un impacto negativo en la conducta cognitiva (Farver, Natera & Frosch, 1999), y que los efectos de dicha violencia en comportamientos exteriorizados e interiorizados en niños pequeños, también se encuentran mediados o amortiguados por el funcionamiento psicológico materno/paterno (Bailey, Hannigan, Delaney-Black, Covington & Sokol, 2006; Margolin & Gordis, 2000).

Algunas situaciones de violencia en las que el cuidador no es capaz de aliviar la ansiedad infantil serían cuando el cuidador está siendo la víctima, cuando el cuidador es testigo de violencia y tiene el arousal demasiado alto o está demasiado disociado/evitativo para proveer seguridad, o cuando el cuidador es la fuente de violencia como en el caso de abuso infantil por parte de los padres (Carlson, 2000; Schechter, Willheim, 2009).

En el contexto de la teoría del apego, la conducta del bebé tiende a desarrollar un experiencia relacional de seguridad que se manifiesta en las diferentes conductas de apego

que, buscando un “sentido de seguridad”, pueden cambiar con el tiempo (Bretherton, 1990). Las perturbaciones en la capacidad del bebé para alcanzar el sentido de seguridad vincular, mediado por la experiencia de relación con la figura primaria de apego, pueden desembocar en adaptaciones más o menos perniciosas, dependiendo de la calidad y el grado de frustración y generar representaciones internas, consolidadas en los 3 primeros años de vida, que guiarán las expectativas y comportamientos del bebé en tiempos de estrés.

10.11. Estrés parental por sufrimiento del bebé.

La situación física o psíquica, generadora de sufrimiento o malestar en el bebé o niño pequeño, podrá convertirse en una intensa fuente de angustia para sus cuidadores, capaz, en ciertos casos, de desencadenar en ellos un estado de estrés postraumático, que puede repercutir en el propio bebé-niño, especialmente sensible a los estados emocionales de quienes se ocupan de él, aumentando su angustia.

10.12. Daño en los recursos de co-regulación de la receptividad y perceptividad.

El sufrimiento temprano compartido puede alterar los *recursos de co-regulación de la sensibilidad receptiva y perceptiva* de los que el bebé suele disponer cuando nace, y que podemos denominar “*membrana o envoltura interface de regulación emocional co-construida*” (Palau, 2016a).

Tejida con “hilos propios” e “hilos maternos”, dicha membrana, cercana del concepto de envoltura (Mellier, 2014) del Yo piel (Anzieu, 1985), y de paraexcitación (Freud, 1920), capaz de filtrar los estímulos internos y externos sobrantes (Golse & Moro, 2014), protege *la homeostasis y la autorregulación del estado* que permite al bebé mantenerse “*recogido*” la mayor parte del tiempo sobre sí-mismo, de manera sosegada y distendida, en torno a un mundo que va organizándose sobre la base de huellas mnémicas, tanto de experiencias de satisfacción y seguridad, como de insatisfacción y malestar.

Ante una experiencia de sobreestimulación estresora queda alterada la función reductora de la estimulación sobrante, asegurada por la actividad de la atención del bebé, definido por Freud como proceso periódico de toma de contacto entre el inconsciente y el mundo, entre el otro y sí mismo, en un ir y venir de indagación periódica (Doron & Parot, 2008), (punto 2.7).

En ése contexto podremos encontrar una alteración de la co-comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2002) y de la traducción parental de las señales que emite el bebé (Kreisler, Fain & Soulé, 1999), así como los efectos de una desincronización de la interacción (Guedeney, Le Foll, Vannier, Viaux-Savelon & Wendland, 2014) y de la sintonía afectiva (Stern, 2003). Es decir, una alteración de los procesos de co-sostenimiento de una experiencia de común-unió afectiva y traductiva, facilitadora de la autorregulación somatoemocional y de la homeostasis.

10.13. Sobreestimulaciones y angustia difusa.

Dañados los recursos de co-regulación de la receptividad y perceptividad y de sus umbrales, el impacto de ciertas estimulaciones negativas muy tempranas, producirá una experiencia de desprotección y de angustia difusa, sin que su origen pueda ser definido, modificado o adecuadamente representado.

Esa angustia difusa llevará a que en el bebé se instale, frecuentemente, un estado de alerta o hipervigilancia, hipersensibilidad, hiperreactividad, hiperactividad, sobreadaptación y sobredefensa, que lo llevará a desconfiar y escrutar el mundo emocional e intencional,

gestual y pre-verbal del otro, más allá de sus palabras, y a desarrollar comportamientos muy precoces de evitamiento de los estímulos perturbadores procedentes de aquel y de sí mismo, así como unos procedimientos de defensa intrapsíquicos, para desconectarse de las percepciones que podrán llegar a ser muy radicales y mantenerse de manera crónica con una *inercia de evitación de la angustia* que lo llevará a la *desconexión involuntaria* con momentos de *ausencia* de distinta naturaleza, y de intensa retracción libidinal (Palau, 2007a-2010b; puntos 10.6, 10.31,11.10,).

10.14. Los factores estresores en las Clasificaciones diagnósticas.

La clasificación diagnóstica: DC 0-3 (Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana), clasifica en el eje IV los estresores psicosociales a los que puede estar expuesto el bebé/niño, influyentes en la aparición de una variedad de trastornos de la infancia, y evalúa sus efectos considerando no sólo su naturaleza sino también la suma de los mismos. Por otro lado, en los trastornos por estrés traumático, descritos en el Eje 1, el estrés agudo o crónico es el factor *crítico* del trastorno.

Así mismo, el factor F-54 del DSM IV y de la CIE-10 nos señala que pueden existir experiencias psicológicas capaces de precipitar, mantener o agravar cualquier enfermedad física. Ya hemos visto que los niños, y en especial los niños pequeños, resultan especialmente vulnerables a los estados emocionales de quienes los cuidan, cuando éstos sufren de manera intensa y persistente angustia, depresión, violencia o negatividad, ligadas a diversas causas: como por ejemplo la psicopatología del pre y postparto, la enfermedad física o mental, la precariedad económica y social, las dificultades de pareja, familiares, laborales etc.

10.15. Síntesis de lo dicho hasta ahora sobre los efectos del sufrimiento emocional intenso, experimentado por el bebé:

- Experiencias de estrés o de trauma psíquico, pueden desencadenar mecanismos de retracción-desconexión atencional, desde los primeros días de vida.
- Son consideradas experiencias traumáticas, aquellas que suponen un sufrimiento continuado e intenso a lo largo de más de un mes en el primer año de vida, según la Clasificación DC 0-3, o especialmente intenso en un plazo corto de tiempo. Siendo 4 las posibles fuentes estresoras, identificadas por nosotros, que pueden generar sufrimiento (punto 10.3).
- Pueden considerarse manifestaciones de sufrimiento, en función de su intensidad y su persistencia y/o repetición, una serie de manifestaciones precoces: espasmo del sollozo neonatal; cólico del lactante; trastornos del sueño; trastornos alimentarios; evitamiento de la interacción auditiva, visual, corporal; retraimiento sostenido, etc.
- También pueden considerarse, en ciertos casos, manifestaciones asociadas a un sufrimiento o estrés, ciertas patologías físicas tempranas, como pueden ser, entre otras, los procesos infecciosos de repetición, derivadas de una situación emocional inmunodepresora.
- Cada una de esas manifestaciones pueden ser la expresión de un malestar/conflicto primario y generar, a su vez, un estrés secundario, que podrá incrementar la

intensidad y la amplitud de los recursos defensivos, tanto en el plano comportamental como intrapsíquico.

- En esas situaciones la consciencia, observadora de las alteraciones sufridas, padecerá cada vez más por no poder evitarlas. Padecimiento ligado a su percepción de falta de control y desvalimiento.
- Uno de los efectos visibles de la activación de los mecanismos de retracción-desconexión son los estados de ausencia, no epilépticos (aunque un sujeto epiléptico también los puede padecer), que podemos encontrar en distintas psicopatologías de etiología plurifactorial (déficit de atención, con ó sin hiperactividad, autismo, depresión, ansiedad, patología psicosomática, etc.).
- La desviación de la atención para evitar ciertas percepciones de malestar, está orientada a buscar otros estímulos para seguir abasteciendo al sistema mental con experiencias emocionales y sensoriales.
- Los distintos escenarios hacia los que puede ser llevada la atención, pueden estar recreando experiencias emocionales ligadas a la interacción con otras personas, o no.
- Puede producirse, no sólo una expulsión de las huellas de representación de la presencia del otro, con el que el sujeto podría mantener una comunicación interna, sino también un borrado de la experiencia compartida con él y, por tanto, de deconstrucción de la representación.

10.16. El estrés emocional en la infancia: factores primarios, secundarios y primer núcleo traumático.

En general, existe consenso en que un **suceso estresante** es aquel que provoca una *reacción afectiva muy intensa con un correlato físico importante relacionado con la ansiedad y angustia intensa*. Este acontecimiento plantea un desafío para la persona que lo enfrenta, en el sentido que se *debe de activar un mecanismo que permita encontrar una salida* a la situación con los recursos físicos y psíquicos que esa persona posee. La palabra estrés se refiere a “aprieto” situación que genera tensión, y “mala vida” (Oliver, 2009).

Dos tipos básicos de estresores:

Tipo uno: caracterizado por la exposición a un único episodio traumático, brusco.

Tipo dos: caracterizado por una sostenida exposición a repetidos estresores, como ocurre a menudo con el abuso físico, psicológico y sexual (Oliver, 2009).

En el tipo dos, nosotros encontramos los 4 siguientes estresores:

3 primarios:

1. El caracterizado por la exposición continuada de un bebé a la interacción emocional con una madre/cuidador/a especialmente angustiada, deprimida, violenta o negativa, en algunos casos desde la vida prenatal, y a la carencia afectiva.
2. El ligado a la experiencia de sufrimiento corporal derivado de alguna enfermedad física, generadora de sobreexcitación/tensión corporal (ej. Encefalopatía, epilepsia,

dolor físico causado por una lesión o enfermedad etc.), en algunos casos desde la vida prenatal.

3. El ligado al exceso de estimulaciones sensoriales ambientales (entornos físicos neonatales que cuidan a los bebés prematuros, etc.), en algunos casos desde la vida prenatal.

1 secundario:

4. El ligado a la reactividad automática e involuntaria, endosomática y comportamental, asociada a experiencias primarias tempranas estresoras, derivadas de uno o de varios de los 3 estresores primarios (a-b-c) enumerados antes. Esta reactivación se produce en el contexto de una modificación, aguda o cronicada, del equilibrio basal emocional (Palau, 2003a, 2007a-c, 2010b, 2011b).

Esta reactividad automática, *derivada de la permanencia de un estrés postraumático* que podrá permanecer largo tiempo en la vida del individuo, está relacionada con la constitución de un núcleo traumático primario, neonatal o más tardío, sin que pueda descartarse en algunos casos la existencia de una experiencia previa de estrés prenatal fragilizante, asociado a una hiperreactividad neurológica sobrevenida secundariamente (puntos 10.5, 10.13, 10.20, 10.21, 10.22, 10.23, 10.25, 10.29).

Núcleo que está ligado frecuentemente con la aparición de una actitud primaria de oposición automática y rechazo a compartir una experiencia emocional con otro (punto 10.28.1).

Dos de las manifestaciones más evidentes de esa actitud de rechazo, en los bebés de pocos días, semanas o meses, son las intensas reacciones de ambivalencia primaria que se producen en torno a la alimentación y al sueño:

En el ámbito de la alimentación, la reactividad, ligada a una intensa carga de angustia, podrá reaparecer automáticamente en el momento en el que el bebé haya iniciado su alimentación en el regazo de su madre/padre, o se encuentre cerca de iniciarla.

En el ámbito del sueño, también se presentará al iniciar el movimiento de regresividad que le facilite acceder al sueño, ya que éste le reexpondrá el reencuentro perceptivo con la tensión o angustia basal, existente.

Esta ambivalencia reactiva involuntaria, coloca a los bebés y a sus madres/padres en una situación angustiosa de confusión, por no poder entender en esos momentos el origen del malestar que la provoca y porque, paradójicamente, reaparece con la misma fuerza para pedir como para rechazar.

Dependiendo de la intensidad de éste malestar basal reactivable; de su cronicidad; de la extensión de las áreas de intercambio afectadas; y de la presencia de otros factores de riesgo, esta experiencia de sufrimiento ocasionará una mayor o menor fragilización psíquica en el desarrollo del bebé.

- a.) En el caso de la alimentación, esta actitud de ambivalencia primaria se despliega en cuatro tiempos:
 - En el primero prevalece la percepción de apetito o de hambre, que desencadena el deseo de reencuentro con el pecho/biberón y con la posición de ser alimentado y, por tanto, con el cuidador.

- En el segundo tiempo, al contactar con el alimento y acceder a la posición pasiva y regresiva de ser alimentado, se reactiva el malestar almacenado en la memoria implícita.
- El tercero es de rechazo u oposición abierta al alimento, por quedar enlazado con la reaparición del malestar.
- El cuarto tiempo, lleva a la observación angustiada y desconcertante tanto para el bebé como para su cuidador/a, de ésta actitud contradictoria, generando un suplemento de angustia estresora.

¿Y después?

Más tarde podrá reanudarse varias veces la demanda de alimentación, satisfaciéndola a pesar de la presencia del malestar, o podrá terminar con un rechazo frontal a retomar la experiencia, tras lo cual el bebé podrá seguir con un llanto difícil de calmar y/o con una desactivación progresiva de la percepción del apetito y del hambre.

El aumento continuado del malestar llevará primero a la desactivación de la percepción del apetito y, si la experiencia traumatógena se mantiene, a la desactivación radical de la percepción de las señales fisiológicas del hambre.

En ésta segunda situación el bebé padecerá y llorará, o no, por percibir un malestar corporal, que lo desconcertará al no poder encontrar su significado. De éste modo el malestar permanecerá vaciado de su cualificación psíquica de hambre.

Otra alternativa, en el contexto de una necesidad imperativa por encontrar un sentido a la reacción de ambivalencia automática, y así poder salir de la desorientación, es adjudicarle un significado radical que convierta a la comida primero y al alimentador después, en causas del malestar (punto 10.28). En ésta situación, preocupado por el rechazo alimentario y sus posibles efectos de desnutrición, el cuidador acabará alimentando con medidas distractoras y, con frecuencia, mediante la coacción alimentaria. Después del primer enlace reactivo del malestar con el cuidador, al que podrá sumarse la violencia de la coacción, podrá incluirse también el enlace con el entorno físico familiar, en el que el bebé ha experimentado su experiencia estresora, llegando a preferir estar fuera de casa.

Al cabo de pocos días o semanas de haberse iniciado el trastorno alimentario ligado al estrés basal traumático reactivable, podrá desorganizarse el sueño de manera considerable y agravante, aunque éste también podrá ser el primero en desorganizarse ante la percepción del malestar somatoemocional (punto 10.46).

Estas conductas reactivas, originarias de los primeros días, semanas o meses de vida podrán, según los casos, cronificarse en la infancia como trastorno alimentario, comportamental y/o relacional de oposición, capaz de afectar de manera muy importante la relación de apego o de sintonía emocional con la madre o el cuidador, y trasladarse a la vida adulta con manifestaciones equivalentes observables entre la tendencia compulsiva a desarrollar una experiencia de apego y nutrirse de ella, y la tendencia evitativa opuesta, a vaciarse de ella y arruinarla.

- b.) *En el ámbito del sueño*, en el primer tiempo de vida puede recurrir a la hipersomnia. Pero si ésta no aparece, cuando el bebé percibe las primeras señales de adormecimiento se desencadena un estado de alarma y ansiedad reactiva (susto) al reencontrarse con el malestar basal interno, que lo lleva a huir en una hiperactividad motora (propia, o delegada en su madre/padre a

quienes incitará a moverlo y distraerlo), para lograr una estimulación sensorial y motora que evite la relajación de su cuerpo y dormirse. Esta actividad distractora se repetirá cada vez que reaparezcan las sensaciones de sueño (Palau, 2016b).

En éstas circunstancias el bebé entra en el sueño bien sea por agotamiento o gracias a las actividades distractoras, y después de angustiosos debates entre la tendencia a entrar en el sueño y los intentos por sustraerse de él.

Después de esto podrá sufrir un sueño agitado con frecuentes despertares debido al estado de hipervigilancia y alarma en el que se encuentra dormido.

Esta situación podrá llevar en poco tiempo a un grave deterioro de la calidad y de la cantidad de sueño. Al igual que la fase NO REM, la función metabolizadora de la actividad onírica perteneciente a la fase paradójica del sueño REM se encontrará afectada y los efectos estresores de éste deterioro se convertirán en agravantes del estado general de salud del bebé.

Si la experiencia de dormirse resulta especialmente angustiada, por reexponer cada vez al bebé a la percepción de la tensión basal fuertemente estresora, el despertar también quedará marcado por el susto, la hipervigilancia y el malhumor, debido en parte al déficit de sueño y por reencontrarse ante el nuevo día, con la expectativa ansiosa de que vuelva a repetirse la experiencia de sufrimiento.

La alteración cualitativa y cuantitativa podrá llegar a ser especialmente grave en ciertos casos en los que el déficit de sueño podrá ser superior al 50% del tiempo necesitado. De éste modo podemos encontrarnos con bebés que debieran dormir 17 horas al día y sólo pueden dormir 6 o menos. La alteración del sueño podrá persistir a lo largo de la infancia.

Cuando iniciamos la terapia del trastorno alimentario asociado al estrés basal, se modifica el trastorno pudiendo acceder a una alimentación de calidad, y se restaura, o se instaure por primera vez, un sueño profundo y reparador.

La re-exposición automática e involuntaria al estresor secundario asociado a la reactivación de núcleo traumático primario, expone al bebé, una y otra vez, a una experiencia imprevisible y no controlable de transiciones o de cambios angustiosos, productores de desconcierto e indefensión. Esta experiencia se reactivará automáticamente más adelante desde una expectativa o anticipación negativa y ansiosa al afrontar transiciones o cambios, generando incertidumbre sobre la utilidad y eficacia de los propios recursos cognitivos y emocionales.

Observaciones en la clínica de los estados de alarma o estrés basal.

Resultan frecuentes las descripciones, tanto en niños como en adultos, que señalan la presencia de *una especie de susto o inquietud* al despertarse cada mañana y reencontrarse con un nuevo día. Aunque el día anterior haya sido bueno, la transición o cambio a un nuevo día reactiva el estrés basal.

La misma secuencia la podemos encontrar cuando un niño tiene que afrontar diariamente tareas escolares. Aunque la anterior tarea haya sido resuelta de manera exitosa, la transición o cambio a una nueva tarea reactivará la ansiedad basal, a pesar de que su lógica consciente, o de quien lo acompaña, le indique que posee los conocimientos suficientes para afrontarla.

La misma secuencia, con mayor intolerancia al cambio o a las transiciones, podemos encontrarla en el autismo.

También podemos observar, dentro de los dos primeros años de vida, la ambivalencia reactiva involuntaria, descrita antes, en niños con riesgo de evolución autística.

Veamos ahora 3 descripciones clínicas de la presencia activa del núcleo vivencial traumático.

1°.) - Giorgia es una niña de 5 años y sus padres consultan porque es muy nerviosa y tiene muchas dificultades para mantener la atención, tanto en tareas escolares como en casa. En la escuela se les ha advertido de su lentitud con el aprendizaje y sus dificultades para mantener la atención y permanecer concentrada. Se le ve muy acelerada en su modo de moverse y viene experimentando una gran angustia de separación, de tal modo que hasta los 3 años lloró cada vez que tenía que separarse de su madre y quedarse en la guardería. No tolera quedarse con alguien que no sean sus padres.

Investigando la historia del bebé que fue, los padres describen un largo periodo de dolor físico generado por una intolerancia, muy infrecuente, a la lactancia materna. Estos son los efectos descritos por su madre, persona muy responsable que mantuvo la alimentación siguiendo las recomendaciones pediátricas, a pesar de que su experiencia le indicaba que en su caso no iba bien y estaba asociada a las fuertes molestias de su hija.

Al preguntarle por el nacimiento de Giorgia, la madre habla de una situación muy estresora experimentada por ella en la gestación para, a continuación, describir el comportamiento del bebé:

M.- *“Desde el 3° día de su nacimiento, la bebé hacía 20 deposiciones al día y no dormía... Nunca ha dormido por la noche. Debido a las frecuentes deposiciones se le escaldó el culete y le producía un dolor continuado. Se le quitó la lactancia materna y se curó...pero (debido a la insistencia pediátrica sobre la importancia de la lactancia materna) se le volvió a introducir la lactancia y volvieron las deposiciones de nuevo sin parar... El bebé no dormía nada... y sigue igual... A las 20,30 le vencía el cansancio y se dormía, pero a las 22,30 ya estaba despierta. A los 3 meses consiguió dormir 4 horas seguidas. Fui al pediatra para decirle que no dormía y me contestó que si el temperamento del bebé era así había que aguantarse. El bebé dormía menos que ahora y la siesta jamás la durmió... Yo me encontraba muy mal emocionalmente... y me sentía muy sola...Actualmente puedo estar 2 horas contándole cuentos sin que se duerma.*

T.- ¿cómo la dormían siendo bebé?

M.- *Me ponía de pie balanceándome mientras le canturreaba, y así 2 horas sin dormirse. Cuando ella se daba cuenta que se estaba durmiendo o se había dormido, se enfadaba, se despertaba enfadada... Ella no quería nunca dormirse.*

T.- Explíqueme un poco más el tiempo de lactancia, por favor.

M.- *Con 6 días se le hicieron unas fisuras en el culete. Estaba cambiándola todo el tiempo, y yo creo que lloraba todo el tiempo por el culete fisurado y el daño que le producía. Imagínese el estrés que es todo el día con el bebé en el cambiador porque cada vez que hacía caca y pipi se quejaba mucho por el escozor. Al final de varios meses de llorar y de padecer ése dolor todo el día, le quité el pecho y la niña empezó a mejorar con menos deposiciones, aunque siguió llorando. Un mes después de retirarle la lactancia materna ya se le había curado el culete pero seguía con los llantos.*

Aunque se había curado seguía llorando, como si se le hubiera activado algo internamente....Ella no aceptaba que nos sentáramos con ella, teníamos que estar siempre en movimiento con ella en brazos, y saliendo a pasear en el coche muchas noches para que se durmiera.

2°.) - Veamos ahora un pasaje perteneciente al artículo “Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno, un caso de trastorno alimentario” (Palau, 2007c, p.12-13)

Después de comprobar que Ana no admite ser alimentada por la madre, enfermería se hace cargo, de nuevo, para reiniciar el proceso de rescate de lo traumático.

Indico, como en las anteriores ocasiones, que tanto si la niña admite, como si no, ser alimentada, en el caso de empezar a llorar no deberá ser devuelta a la madre sin haber tenido la posibilidad de llorar unos 10 ó 15´.

Se trata de ofrecerle la posibilidad de poder recuperarse del profundo malestar en el que se vive inmersa.

En ésta ocasión, como era previsible, Ana ha rechazado las tres primeras tomas que se le han ofrecido, con un intervalo de tres horas, y ha llorado mucho.

Muy inquietas, las enfermeras han necesitado comunicarme lo difícil que les resultaba contener un llanto tan triste y desconsolado.

El llanto es, dicen, *“muy intenso, de una gran pena interior, muy difícil de tolerar porque genera un gran sufrimiento, una gran pena, en quien lo escucha”*.

Las tranquilizo explicándoles la importancia de permitirle llorar para rescatarla de una situación de profundo sufrimiento silencioso.

La enfermera que interviene en la segunda toma describe de éste modo la situación:

“La cogí en brazos y comenzó a balbucear, la coloqué en postura de tomar y comenzó el llanto. Lo describiría como un llanto con sentimiento, desconsolado, de desprotección, de pérdida y suplica; un llanto nuevo para mí en un bebé de su edad. Entre llanto y llanto pronunciaba un claro, alargado y suplicante “mamá”. Era como si el biberón le conectase con algo interno que le duele. Al encontrarnos con la mamá y esta cogerla en brazos, dejó de llorar en seco, se volvió hacia nosotras y nos sonrió”.

3°). Veamos ahora un fragmento de nuestro artículo: “Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico (Palau, 2006).

Meses después, averiguaré que la irritabilidad y el rechazo al contacto con la madre, que había presidido en los tres primeros meses, se reactivó de manera inmediata a los seis, después de habersele instalado la sonda gástrica y de manera especial en los momentos de hacerle llegar el alimento al estómago, *ya que la percepción de esa llegada reintensificaba el desasosiego y el llanto desconsolado sin que se la pudiera calmar*.

La reactivación de la “memoria, no sólo sensorial sino vivencial”, de ésa época, continente de diversas investiduras de percepciones corporales altamente significantes del comienzo traumático de una vida extrauterina, entre las que se encuentra la percepción de la sonda pasando por el esófago y de manera especial la de la llegada del líquido nutritivo en contacto con la mucosa gástrica, en un tiempo de sedación, parece haber desbordado la función antitraumática de la represión primaria ante el reencuentro de lo percibido.

En torno a la percepción de la sonda y del líquido nutritivo, en un tiempo de repliegue antitraumático que busca defenderse de la experiencia del “propio cuerpo

extraño” inmerso en el dolor de la sobreexcitación, se produce, por sustitución, una primera investidura de “objeto extraño” ajeno al Yo, mientras la expresividad está sedada. No es sólo la reactivación mnémica de la asociación de “objeto extraño” y “cuerpo propio extraño”, se trata de un segundo tiempo, psiquizante, de organización fóbica facilitada por el establecimiento de la noción adentro/afuera, que resignifica una vivencia primitiva angustiosa de intrusión traumática del objeto externo.

La reacción de la niña fue de rechazo total. Tanto intentó quitarse la sonda con movimientos de brazos y cabeza, que decidieron mantenerla atada a la cama 5 días a lo largo de la noche, así como en la mayor parte del día. La explicación del responsable de su atención médica fue que su reacción era lógica debido a su tara neurológica. Ésta misma explicación ha servido hasta ahora para explicar casi todo lo que no se ha podido entender de sus reacciones emocionales y de sus procesos de somatización.

5°). Otro ejemplo se encuentra expuesto en el punto 10.46 de ésta tesis.

Así pues, como consecuencia de una experiencia de intensa angustia temprana traumatógena, experimentada en el contexto relacional, en la que pueden participar y combinarse distintos estresores primarios, puede generarse una hipersensibilidad psíquica y cerebral reactivable cuando se re-presentan (re-encuentran) los factores asociados a la experiencia angustiosa y traumática original. Resulta especialmente observable en ciertos comportamientos de rechazo alimentario y de trastornos del sueño, aunque pueden extenderse a otras funciones somáticas y áreas de la experiencia de intercambio relacional que requieran de una complicidad o experiencia emocional compartida con el otro.

10.17. Factores psicosociales del estrés en la Clasificación DC: 03R, 2005.

El eje IV identifica y evalúa factores de estrés psicosocial susceptibles de influenciar en los niños pequeños la aparición, evolución, tratamiento y prevención de los síntomas en el ámbito de la salud mental. Algunos factores de estrés específicos y, más clásicamente, la acumulación de factores en los primeros años de la vida, afectan no sólo el desarrollo de los trastornos sino también su trayectoria.

El estrés psicosocial en la vida de un bebé o de un niño pequeño puede ser agudo o persistente. Como es el caso de la pobreza, de la violencia en el entorno social, o del maltrato en domicilio (Mesa & Moya, 2011). Por otra parte el estrés puede provenir de una sola fuente, o por la acumulación de varias; puede ser directo (por ejemplo en la enfermedad que necesita de una hospitalización del niño) o indirecto (por ejemplo la enfermedad súbita de uno de sus padres, que implique la separación del niño/a).

Resulta importante tener en cuenta el hecho de que acontecimientos o transiciones, que forman parte de las experiencias diarias de una familia, pueden constituir un factor de estrés para un bebé o un joven niño, dependiendo del grado de su ansiedad basal.

El entorno parental puede contribuir a proteger al niño de los factores de estrés y disminuir así su impacto; puede acentuarlo al no conseguir ofrecer una protección suficiente, o puede agravar el impacto del factor de estrés, a través de fenómenos de ansiedad o de otras actitudes negativas.

El efecto de un acontecimiento o de un estrés persistente depende de tres factores:

1. La severidad del factor de estrés (su intensidad y su duración, el carácter súbito del estrés inicial, su frecuencia y el carácter imprevisible de su reaparición).
2. El nivel de desarrollo del niño (su edad cronológica, su historia social y emocional, su vulnerabilidad biológica al estrés y la fuerza del Yo).
3. La disponibilidad y la capacidad de los adultos del entorno para constituir una suerte de envoltura protectora y ayudar al niño a comprender el factor de estrés y a poder adaptarse.

Desde el punto de vista de las 3 condiciones que debe reunir un acontecimiento para que resulte estresor, la naturaleza del “*factor secundario de estrés, ligado a la reactividad automática e involuntaria, endosomática y comportamental*”, descrito anteriormente en torno a la constitución de un primer núcleo traumático, lo convierte en un factor estresor de primer orden.

10.18. Estrés y temporalidad.

La Escala DC 0-3 (1998) para la evaluación del estrés en la infancia, señala que un periodo de estrés experimentado a lo largo de un periodo no superior a 1 mes, dentro del primer año de vida, resulta predominantemente agudo, mientras que se convierte en sostenido cuando supera 1 mes. Así mismo, señala que en el periodo de los 2 años, un periodo de estrés inferior a tres meses resulta predominantemente agudo, pero cuando supera ése periodo se convierte en sostenido. A los 3 años, resultará igual que a los dos años.

Podemos decir que la gravedad acumulativa del estrés perinatal e infantil resulta de la suma interactiva de los factores endógenos y exógenos experimentados desde la época prenatal.

Para evaluar la gravedad acumulativa del estrés es necesario identificar todas las fuentes estimulares experimentadas, susceptibles de generar estrés.

En la evaluación general del estrés, ofrecida por la Clasificación Diagnóstica DC: 0-3 (1998), se consideran 4 niveles:

1. No hay efectos.
2. Efectos leves: causan tirantez, tensión o ansiedad reconocibles, pero no interfieren en la adaptación general del niño, por ejemplo, irritabilidad, estallidos temporales de cólera o llanto, cambios del sueño, etc.
3. Efectos moderados: sacan de su comportamiento habitual al niño en áreas de adaptación, pero no en ámbitos nucleares de relación (por ejemplo, se aferra a su madre, no quiere ir a la escuela o al jardín maternal, tiene una conducta imperiosa o impulsiva o padece perturbaciones del sueño).
4. Efectos severos: desviación significativa en áreas de adaptación; por ejemplo, el niño se sustrae a las relaciones, parece reprimido y retraído, llora desconsoladamente, está aterrorizado, no puede comunicarse (Oliver, 2009).

10.19. Detección del estrés en el bebé y el niño de corta edad.

Dadas las características de inmadurez cognitiva y su capacidad de adaptación, mediante mecanismos de defensa antipercepción somatoemocional, que pueden incluso hacer desaparecer las manifestaciones más evidentes de sufrimiento, en la práctica existe una clara dificultad para efectuar una adecuada detección y prevención de las manifestaciones tempranas de estrés del bebé/niño, por parte de los especialistas de la salud y de la educación.

Las señales o manifestaciones de alarma con las que el bebé expresa su malestar/sufrimiento/estrés, deben de ser tenidas en cuenta en todas sus dimensiones: psicósomática e interactiva, sujeto-objeto, psiquismo-cerebro, mente-cuerpo, ambiente-gen (Palau, 2000, 2003a-b, 2004, 2006, 2007a-b, 2010a-b, 2011-b, 2012a-b, 2013a-b, 2016a-b).

La idea de que un bebé “no se entera” o de “esperar a que madure”, para que ciertas manifestaciones desaparezcan, equivale a suponer que el sufrimiento manifestado por el bebé no es, ni en naturaleza ni en consecuencias, equivalente al sufrimiento del niño, del adolescente o del adulto. A menudo, quien afirma algo así, o no sabe apreciar adecuadamente la semiología de la psicopatología perinatal y no conoce las graves consecuencias que de ella pueden derivarse para la salud del bebé/niño/adolescente/adulto, o no sabe cómo intervenir para resolverla y aconseja esperar a que el tiempo y la naturaleza, dotada con mayores recursos psicobiológicos, arregle la alteración.

En coincidencia con la clínica y las investigaciones de la patología psicósomática neonatal e infantil, especialmente los trabajos de la Escuela de Psicósomática de París (Pierre Marty, Michel Fain, León Kreisler, Gérard Szweg, Claude Smadja, Rosine Debray, Pascual Palau, etc.), los estudios realizados sobre el impacto que tiene el estrés negativo sobre la salud infantil indican claramente que, desde una consideración plurifactorial, la enfermedad puede ser la respuesta directa al estrés sufrido en distintos grados (Pedreira, Moreno, 1999; Mesa & Moya (2011).

En ésta tesis nos hemos referido a algunos de los conocimientos que pueden orientar nuestra investigación para detectar la patología psicósomática del bebé y del niño, derivados esencialmente de la investigación de los psicósomatólogos de la Escuela de París. Investigaciones desarrolladas en el antes Hospital de Psicósomática Pierre Marty, actualmente adscrito como Departamento especializado en el tratamiento de la patología psicósomática del bebé, niño, adolescente y adulto en el sector SM13 de la Sanidad Pública de París.

Otra vía para la detección muy temprana de la psicopatología que se manifiesta en alteraciones comportamentales evidenciadas en el ámbito vincular, es la Escala ADBB para la detección del retraimiento relacional (Guedeney, 2001 a-b, 2014; Guedeney, Matthey & Puura, 2013; Guedeney, & Pérez, 2015).). Esta escala resulta de especial interés para la detección de las señales de alarma de posible desviación psicopatológica en bebés/niños de 0-3 años puesto que, adecuadamente formados/os, pediatras y enfermeras pediátricas pueden detectar en sus consultas de control rutinario a los bebés en situación riesgo, y derivarlos a especialistas cualificados en la valoración de la psicopatología perinatal e infantil.

10.20. Efectos psiconeurobiológicos del estrés temprano en la inmunología.

Monica Oliver (2011) señala claramente, desde la óptica neuroendocrinológica, los posibles efectos y manifestaciones psiconeurobiológicas de la exposición a un suceso traumático:

Dado un suceso traumático o situación de estrés, la corteza cerebral a través de vías nerviosas envía información al eje hipotálamo hipofisario. La hipófisis segrega ACTH que estimula la corteza suprarrenal. El resultado final es la producción de cortisol. Este aumento de cortisol desencadena un mecanismo de feedback negativo que disminuye la secreción de ACTH. Este sistema de autorregulación tiene un estrecho margen y en general es estable en las personas. Cuando la situación de estrés produce un desequilibrio en este sistema se produce un exceso en la producción de cortisol. Este aumento crónico del cortisol provoca daño tisular.

Muchas enfermedades, genéticamente determinadas, encuentran la posibilidad de desplegarse en condiciones de estrés, siendo el acontecimiento traumático un desencadenante del inicio de la enfermedad. Algunos tejidos tienen una especial hipersensibilidad a los glucocorticoides como la amígdala y el sistema cardiovascular, el óseo, el inmune y el tejido adiposo. En distintos trabajos de investigación el aumento crónico de cortisol se observó relacionado con hipertensión arterial, osteoporosis, resistencia insulínica, dislipidemia, discoagulación y trastornos depresivos. También han sido descritos: inhibición del crecimiento, alteración del funcionamiento tiroideo, alteración del eje de reproducción e inmunosupresión.

La labilidad del mecanismo de feedback negativo para limitar la producción de cortisol durante el estrés, se perturba por la secreción crónica de glucocorticoides. Además, las células del sistema inmune poseen receptores que les permiten recibir señales de todas las hormonas. En el caso de los glucocorticoides actúan deprimiendo la respuesta inmunitaria. Se observa en las situaciones de estrés que los cambios en los niveles plasmáticos de glucocorticoides se acompañan de cambios paralelos en el número de células secretoras de anticuerpos, trastornos en los linfocitos T y anomalías en la respuesta de los macrófagos.

En la práctica clínica se observa que cuando los niños atraviesan situaciones estresantes tienen una mayor tendencia a enfermarse y con frecuencia presentan cuadros infecciosos a repetición.

Existiría aquí un eslabón entre lo psicológico y lo orgánico, a través de la corteza cerebral y el eje hipotálamo hipofisario adrenal, que desencadenan el síndrome de adaptación, síndrome de estrés o alarma frente al miedo.

En relación con la dosis del estímulo estresante, se ha observado que una mayor intensidad de un estímulo agudo se acompaña de una mayor supresión de la función de las células T. Los estímulos estresantes alteran in vivo la inmunidad celular y la inmunidad humoral. Los mecanismos neuromoduladores del sistema inmune están formados fundamentalmente por el sistema nervioso, el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, péptidos opiáceos y sistema nervioso autónomo (p. 49-50).

10.21. Estresores psicosociales de naturaleza traumatógena.

La clínica de la psicopatología perinatal señala con claridad que determinadas experiencias vivenciadas muy precozmente y de manera sostenida por el bebé, derivadas de su exposición temprana (desde primeras horas, días o semanas) *a una situación parental de sufrimiento físico o emocional intenso y prolongado* (angustia automática o difusa, ansiedad, depresión abierta en su forma “manifiesta/positiva” o en su forma “esencial/blanca”, violencia o negatividad) *pueden considerarse como primeros factores*

estresores psicosociales de naturaleza traumatógena, ligados a la interacción muy precoz, capaces de producir un daño psicológico y neurológico en el bebé, así como una vulnerabilidad psicosomática sobre la que podrán impactar más tarde otros factores psicosociales (Palau, 2000, 2003a-b, 2004, 2006, 2007a-b, 2010a-b, 2011-b, 2012a-b, 2013a-b, 2016a-b). Aunque el daño puede iniciarse en la época prenatal, es la observación clínica neonatal la que pone en evidencia que, desde los primeros tiempos de la vida postnatal, los factores estresores que afectan al bebé pueden resultar agudos o sostenidos, con una intensidad leve, moderada o grave, pudiendo afectar gravemente su evolución (Dussán, Aguilar, Mejía & Rojas, 2010).

Esta misma concepción relacionada con el estrés parental, ampliamente investigada en la clínica de los bebés y descrita por nosotros (Palau, 2000, 2003a-b, 2004, 2006, 2007a-b, 2010a-b, 2011-b, 2012a-b, 2013a-b, 2016a-b), también se encuentra incluida en la definición de “trauma relacional” de Schore Allan (2010).

El trauma que proviene de la acción de los cuidadores (u otras personas significativas) es más dañino que el que proviene del ambiente físico. A éste primer tipo de trauma Schore le llama “trauma relacional” y es el que él considera más perjudicial para el desarrollo adecuado de una salud mental adaptativa. Más específicamente el trauma relacional genera una pérdida en la habilidad para regular la intensidad de los afectos, produciendo un aumento en la sensibilidad a los efectos del estrés en edades posteriores y desarrollando una vulnerabilidad a las enfermedades psiquiátricas (Schore, 2010; Ferreros, San Román & Pedreira, 2011).

En las diversas áreas de la salud mental, ya existe un consenso en que los problemas que se generan durante los primeros años de la vida del bebé, a través de una serie de acciones de abuso y negligencia por parte de los cuidadores, poseen efectos devastadores en las edades posteriores en el ámbito afectivo, cognitivo, social y neurológico. Este daño puede iniciarse en el periodo del embarazo a través de ciertas acciones (tales como el fumar, beber alcohol, consumir droga) y reacciones (tales como el estrés prolongado, la ansiedad, depresión etc.) que perjudican el adecuado desarrollo cerebral del feto, y las posteriores de regulación del bebé. Neurológicamente, las experiencias traumáticas a temprana edad afectan el desarrollo y buen funcionamiento del hemisferio derecho, responsable de todas aquellas funciones propias de lo afectivo y lo social y, por ende, dañando todas aquellas capacidades que permiten una regulación y adaptación al mundo humano (Lecanellier, 2006).

Para nosotros, resulta especialmente importante la exposición, desde el tiempo prenatal, al sufrimiento parental intenso y continuado, manifiesto o no desde el punto de vista comportamental.

10.22. Inscripciones emocionales y cerebrales del estrés temprano severo.

M. Oliver (2009) indica que después del nacimiento, el desarrollo cerebral depende de las conexiones y reconexiones entre las neuronas. En estudios realizados en ratas se observó que las experiencias tempranas pueden determinar que el número de sinapsis aumenten o disminuyan un 25% (...). Los neurotransmisores y hormonas juegan el mayor rol en la migración y diferenciación neuronal, así como en la proliferación sináptica. Por este motivo el aumento de la actividad de las catecolaminas, causado por un estresor prolongado o severo, produce un impacto en el desarrollo del cerebro. Se ha observado en estudios con primates, que el hipocampo se afecta marcadamente por los niveles de corticosteroides, generando

efectos reversibles e irreversibles en las células piramidales. Éste es probablemente el blanco principal de los efectos del temprano estrés, porque la neurogénesis en esta área continúa después del nacimiento (p.21).

El núcleo amigdalino está críticamente implicado en la formación de la memoria emocional. Estas son algunas de las áreas más sensibles del cerebro para el desarrollo del encendido (Kindling), un proceso mediante el cual la repetida estimulación produce graves alteraciones de la excitabilidad neuronal; Van der Kolk y Greenburg han propuesto que la repetida traumatización de un niño puede aumentar el encendido límbico... (p.21-22).

Nuestra hipótesis es que la reactividad automática e involuntaria, endosomática y comportamental secundaria, asociada a experiencias primarias tempranas estresoras, derivadas de uno o de varios de los 3 estresores primarios, enumerados antes (punto 10.16), puede producirse en el contexto de una grave alteración de la excitabilidad neuronal.

La activación neurofisiológica durante el estrés agudo es usualmente rápida y reversible. Cuando el estresor es más prolongado, sin embargo, estos cambios pueden llegar a ser reversibles por un tiempo. Esta sensibilización por el estresor hace que la próxima respuesta se vuelva más sensible frente a futuros eventos estresantes. Perry & Pollar (1998), citados por Oliver (2009), han propuesto que la exposición a permanentes, controlados o diarios estresores puede resultar en resiliencia, pero que la exposición a incontroles, impredecibles o severos estresores llevaría al déficit. Un niño criado en un ambiente abusivo y negligente resultará en una organización pobre del sistema catecolaminérgico. Los niños que viven en ambientes amenazantes desarrollan sistemas de respuesta al estrés en áreas del cerebro medio y tronco cerebral que son sobrerreactivas e hipersensibles.

Disturbios cognitivos profundos pueden acompañar este proceso. Estos niños suelen prestar atención a gestos no verbales (expresión facial, tono de voz y movimientos del cuerpo) observando si hay alguna amenaza. Poseen una inteligencia callejera, pero sin embargo suelen presentar dificultades cognitivas en la escuela (Oliver, 2009, p.22).

Otros estudios (Kobor, 2011) han señalado que los individuos que han vivido en la pobreza en su pequeña infancia, tienden a desarrollar un modelo de expresión de los genes que favorece la producción de compuestos inflamatorios en el cuerpo. Estos individuos presentan igualmente tasas de la hormona del estrés más elevadas (cortisol) y unos glóbulos blancos más reactivos. Este tipo de inflamación continua y de estrés físico puede contribuir a múltiples enfermedades crónicas, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la depresión.

Los niños que crecen en la adversidad, sea ésta socioeconómica o psicosocial, son más susceptibles de sufrir prematuramente enfermedades del corazón, condiciones auto-inmunes invalidantes, cierto tipo de accidentes cardiovasculares cerebrales y también son más vulnerables a ciertos tipos de cáncer (Miller, 2011).

Gustavo Turecki (2012), investigador en el campo de la epigenética sobre los cambios hereditarios en el funcionamiento de los genes, resultantes de factores ambientales como el maltrato en la pequeña infancia, señala que los pacientes que sufrieron traumatismos a principio de su vida tienen dificultades para no seguir experimentando sus consecuencias posteriormente. Estos traumatismos explican, según él, numerosos problemas de salud mental.

Sylvana Côté (2011) de la Universidad de Montreal, que ha llevado a cabo un estudio sobre los factores de riesgo de TDAH en una muestra de 2057 niños, seguidos entre los 5 meses y los 8 años, señala como factores de acrecentamiento de las trayectorias de hiperactividad-impulsividad y de inatención, un nacimiento prematuro, el tabaquismo materno durante la gestación, las familias desestructuradas, familias monoparentales o reconstruidas, una madre muy joven, la depresión materna y la historia paterna en materia de comportamientos antisociales.

Para Rusell Schachar (2011), paidopsiquiatra en el Hospital For Sick Children, de Toronto, es muy probable que estos factores ambientales de riesgo influyan la manera en la que nuestro potencial genético pasa a la acción. Según él este estudio muestra los factores de riesgo a los que se debe prestar una especial atención para entender la neurobiología del TDHA. Estos resultados podrían tener, para él, mayores implicaciones que los resultados genéticos obtenidos hasta ahora.

Así pues, las manifestaciones de sufrimiento del bebé, experimentadas de forma continuada, significativas de estrés considerable, pueden producir en él, entre otras consecuencias negativas, cambios e inscripciones cerebrales puesto que el estrés persistente y muy temprano puede generar daño en su neurogénesis cerebral, además de alteraciones en la sensibilidad receptiva con hiperreactividad emocional y susto basal debido a la imprevisibilidad de la reexposición a estímulos emocionales parentales negativos, y a la reactivación del núcleo traumático primario.

La suma de los factores predisponentes, pertenecientes a las primeras épocas de la vida interactiva, desde la vida prenatal, y los factores precipitantes o desencadenantes actuales, es lo que permite encontrar, cuando resulta posible, el origen y el sentido de las manifestaciones de malestar que tienen su origen en la más tierna infancia del sujeto.

La sobreexposición continuada a la experiencia relacional estresora, ligada al estado emocional negativo del otro, puede generar una alta reactividad de los sistemas psiconeurológicos y, en consecuencia, una sobreactivación emocional sentida psicósomáticamente como angustia automática o susto persistente, impactante para la conciencia del sujeto que, ni en la temprana edad ni tampoco después, consigue establecer una relación de causa y efecto proporcional y significativa de lo sentido, puesto que la experiencia actual, en el aquí y ahora, sólo contendrá factores precipitantes de su reactivación, a menudo poco significativos en el contexto de una investigación que intente establecer una relación de causa y efecto con los factores actuales.

Así pues, tal como lo señala frecuentemente la clínica perinatal, infantil y adulta, con un pasado perinatal y/o infantil significativo de una experiencia de estrés temprano prolongado en el contexto de la interacción, la hipersensibilización temprana desarrollada a partir de entonces, se convierte en un terreno predisponente facilitador de la aparición de alteraciones desencadenadas por la suma de otros factores negativos, aunque siempre debemos de contar con los factores protectores, a los que debemos de potenciar.

Las tempranas experiencias traumatógenas que padece el bebé, ligadas a su propio malestar somatopsíquico o al de quien lo cuida, no son inicialmente controlables o predecibles para él. Sin embargo, las primeras manifestaciones de desconexión intrapsíquica de la percepción de la experiencia de malestar somatosensorial y somatoemocional, además de los comportamientos de evitación, retracción, oposición, rechazo y reacción fóbica, no sólo son significativas del trabajo psíquico efectuado por el

bebé para intentar conservar un equilibrio homeostático/psicosomático, sino también del trabajo que realiza para organizar un sentido experiencial de relación causa efecto de su malestar, *con el que intenta alcanzar una posición de control ante los factores estresores, mediante cierto nivel de anticipación.*

La exposición muy precoz del bebé a agentes estresores, como los que venimos contemplando en éste trabajo, sobreactiva la percepción del Yo de los estados de malestar somatopsíquico propios y/o ajenos y, en consecuencia, también su afrontamiento prematuro mediante la activación de mecanismos psíquicos internos y otros comportamentales.

Conectado directamente con el sentir del otro y su intencionalidad emocional, desde el registro experiencial de la intersubjetividad primaria, será éste registro analógico, desde el que se interpreta la interacción primaria con el objeto, el que permanecerá siendo, en muchos casos, el sistema prevalente de análisis confiable de la experiencia relacional. Esto que sucede en el bebé, seguirá sucediendo también, a menudo, en los niños y los adultos.

Prevención.

La esperanza surge en la constatación de que el afecto materno/paterno, que a todos nos corresponde proteger con cuidado, empatía y humildad, puede mejorar considerablemente una pequeña infancia desfavorecida, sean cuales sean los factores negativos que la comprometen.

Sylvana Côté (2011) afirma que las conclusiones de su investigación refuerzan la extrema importancia de promover comportamientos saludables durante la gestación y de ayudar a las madres a superar la depresión, así como apoyar a las familias jóvenes. Insiste en la necesidad de ayudar a las madres aisladas, jóvenes, pobres o de baja educación. La importancia de cuidar de la salud parental, desde los tiempos de la concepción es, pues, mayúscula. La intervención en los primeros tiempos de la vida, desde los conocimientos generados por la psiquiatría y la psicología clínica perinatal, y de un modo especial por la psicosomática perinatal, permite tratar estados de malestar emocional, psíquico y psicosomático, compartidos entre el bebé y sus padres y prevenir futuras patologías.

10.23. El desbordamiento traumático, ¿produce enfriamiento, o una desconexión de la percepción-atención?

En general, en la literatura se remarca la reacción ansiosa e hiperactiva del niño que ha sufrido un trauma, pero existe otra respuesta frecuente, *el enfriamiento (freeze)*, volverse más complaciente o mostrarse más disociado y débil. Engel & Schmal (1972) opinan lo mismo acerca del retraimiento. El tono vagal aumenta en éstos niños y hay un aumento relativamente importante de la actividad mesolímbica y mesocortical dopaminérgica y opioide endógena. La sintomatología que presentan estos niños es menos molesta para los demás (Oliver, 2009).

El estado de “enfriamiento”, sobrevenido por una experiencia traumática, supone sin embargo, paradójicamente, que la interioridad psíquica, emocionalmente sensible del bebé, permanezca muy receptiva y reactiva a la interacción emocional analógica y, aunque privado de expresividad, siga con una interioridad, somática y emocionalmente “volcánica”.

Los conceptos de Vida Operatoria y de Depresión Esencial de Pierre Marty (1995), de Alexitimia de Sifneos P. E. (1995), de Depresión Anaclítica o del grave Hospitalismo Infantil

de René Sptiz (1945, 1946), de patología del vacío de León Kreisler (1992), se refieren a estados patológicos en los que se produce la supresión de la percepción de los afectos propios, junto a una fuerte inhibición de la expresividad emocional y una docilidad adaptativa, entre otros procesos, relacionables con el llamado estado de “enfriamiento”.

La vulnerabilidad psicosomática individual está directamente relacionada con dichos conceptos. Así pues, la situación denominada “enfriamiento”, cronificada expondría al sujeto a un incremento del riesgo de somatización, puesto que supone una fragilización de los recursos disponibles para conservar un equilibrio psicosomático, porque la interioridad ha quedado desconectada y se ha vuelto especialmente hiperreactiva desde el punto de vista de la receptividad cuyo umbral ha disminuido considerablemente.

Desde ésa perspectiva, la metáfora de enfriamiento no se ajusta bien a la realidad psicobiológica de lo que sucede en los primeros tiempos de la vida, puesto que la receptividad y la sensibilidad endosomática reactiva (sentida como tensión basal o como angustia o malestar somático) se encuentran sobreactivadas detrás del comportamiento sobreadaptativo, aparentemente insensible y, a menudo, manifiestamente dócil.

La concepción más ajustada sería la de "desconexión de la percepción atención" respecto al substrato somatoemocional y somatosensorial que permanece siendo muy receptivo e hiperreactivo.

En éste sentido el Yo del bebé desconecta su atención consciente de las señales sensoriales y emocionales percibidas por él. No puede evitar que sus sentidos, desde la atención implícita, capten lo que sucede externa e internamente, pero sí puede intentar desconectar, desde los últimos tiempos de su vida intrauterina, aquella actividad o función perceptiva indagadora, ligada a la función atencional prospectiva, del mundo interno y externo, del Yo. En éste sentido, el Yo es tempranamente capaz de proceder a una "auto-amputación funcional" de una actividad de apercepción somatoemocional, que debiera de ser desarrollada e integrada en el conjunto de las funciones perceptivas con las que el Yo debe de trabajar para tomar las iniciativas y decisiones más adecuadas, y movilizar los recursos más eficaces en el contexto de una experiencia integradora de la información experimentada y de la autorregulación psicosomática. La interrupción funcional de la apercepción afectará a la expresividad y a la memoria.

Se trataría de una interrupción psíquica de la percepción-atención, activada ante la llegada de las señales de sobreexcitación somatopsíquica, para evitar que éstas impacten la percepción de un Yo incapaz de metabolizarlas, y la excitación-angustia colapse su capacidad de trabajo de metabolización.

Estos procedimientos psíquicos defensivos de desconexión psíquica pueden encontrar su “equivalencia” neurofisiológica en las investigaciones de Schore A. (2010), el cual plantea que el trauma relacional temprano *desconecta la intercomunicación e interregulación* entre la amígdala y la corteza orbitofrontal, en el cerebro derecho.

Como señala F. Lecannelier ése proceso implica que la corteza orbitofrontal deja de regular las activaciones de la amígdala, dejando a esta última en un estado de hiperexcitabilidad. La amígdala es la encargada del procesamiento emocional inmediato, en especial de la emoción de miedo.

Un estudio reciente con técnicas de neuroimagen (Shin & al. 2005) indica que la intensidad del estrés post-traumático está correlacionada positivamente con la actividad de

la amígdala y negativamente con la del córtex prefrontal. Una de las posibles causas del estrés post-traumático, de la incapacidad de superar los miedos, es una hipofunción del córtex prefrontal (Martínez, 2013).

La clínica de la psicopatología perinatal nos señala en qué contextos experienciales se produce la activación muy temprana de éstos mecanismos intrapsíquicos de defensa, pero también nos señala, de manera altamente esperanzadora, las grandes posibilidades de revertir su utilización y posible cronificación mediante una intervención psicológica perinatal padres-bebé (Palau, 2000, 2003-b, 2006, 2007, 2007c, 2010-a-b, 2011, 2013a).

La activación precoz en el bebé de los mecanismos psíquicos que buscan desconectar su percepción de la sobreexcitabilidad-tensión-malestar, también desencadenará paralelamente, mecanismos neurobiológicos reguladores del estado somático, puesto que cerebro y mente, neurona y emoción se encuentran interconectados mediante una dialéctica interactiva y plástica, moduladora de ambos registros (Ansermet & Magistrati, 2006). En éste sentido se produce pues una amplia coincidencia entre las investigaciones de las neurociencias y las de la psicopatología perinatal y de manera especial de la patología psicósomática perinatal (Palau, 2000, 2003b, 2006, 2007, 2007c, 2010-a-b, 2011, 2013a).

Así pues, esos procesos intrapsíquicos de defensa podrían ser el equivalente de los procesos bioquímicos activados, según Schore, a nivel cerebral.

10.24. Mecanismos distractores frente a la tensión basal traumatógena.

La supresión muy precoz de la perceptividad y de la expresividad (9.30), deja al bebé sin recursos para autorrescatarse del sufrimiento, convertido a partir de ése momento, en un estado de tensión basal estresora de diferentes sistemas somáticos (punto 9.36), a cuya merced permanece sin poder identificar su naturaleza emocional y desarrollar una actividad de metabolización psíquica facilitada por el acceso a un adecuado nivel de representación afectivizada.

Ante ése estado basal de tensión, el bebé/niño intentará, según los recursos de su edad, usar medidas distractoras de su atención buscando estímulos sensoriales externos, visuales y sonoros, que le eviten la experiencia de una confrontación sumisa e indefensa de su percepción (tensión – excitación - malestar corporal – desasosiego - aburrimiento); desarrollando espacios imaginarios de control virtual sobre el propio devenir, o intentando liberarse mediante la descarga psicomotora. Procedimientos defensivos que pueden llevarle a un déficit en el desarrollo de la mentalización.

La utilización temprana de los recursos defensivos, puede llevarlo hacia una intensa tendencia a la retracción y desinvertimiento libidinal, que puede *acabar generando una dinámica depresógena especialmente angustiada porque vacía al Yo*, expuesto a una vivencia de desarraigo emocional, de su vitalidad (punto 10.37).

El esfuerzo por mantener un equilibrio entre la tendencia a utilizar dichos recursos y sus indeseables efectos, conduce al Yo a un trabajo agotador y a una pérdida de libertad para investir la experiencia relacional de manera ilusionada y confiada.

10.25. Memoria y estrés.

La memoria abarca el modo en que los acontecimientos pasados no recordados conscientemente influyen sobre las acciones. Incluye tanto la información accesible conscientemente (memoria explícita) como aquella que opera de forma inconsciente

(memoria implícita). La impronta de nuestras experiencias relacionales pasadas, en combinación con las actuales y las expectativas resultantes, modela nuestras formas de comportamiento. De este modo, si un bebé ha vivenciado, de manera continuada, experiencias relacionales de respuestas protectoras, emocionalmente sensibles y atentas a sus necesidades psicobiológicas, éstas han quedado memorizadas implícitamente en su cerebro. La experiencia relacional temprana promueve la adquisición de unos patrones relacionales que condicionan el modo actual de relacionarnos con los demás, pudiendo generar, desde la memoria implícita, la expectativa de una experiencia relacional futura de igual signo.

La memoria más temprana, llamada de comportamiento, no declarativa o implícita, esencialmente inconsciente, no puede ser recuperada verbalmente pero puede deducirse por el comportamiento (Scheeringa, 2009). Los niños de 6 meses de edad muestran recuerdos para manipular juguetes correctamente de la misma forma que se les mostró 24 horas antes (Collie & Hayne, 1999). Existe la hipótesis de que las estructuras del cerebro responsables de la memoria a largo plazo se establecen y son funcionales como mínimo a los 8 o 9 meses, y son las responsables de que niños que todavía no son capaces de hablar, recreen repetitivamente experiencias traumáticas (Nelson, 1995; Terr, 1981). Por lo tanto, alguien puede tener memorias comportamentales tales como angustias automáticas a situaciones que recuerdan eventos pasados (Scheeringa, 2009).

La memoria autobiográfica (también llamada declarativa o explícita) es el recuerdo verbal de hechos diferenciados experimentados de forma personal. Este tipo de memoria aparece con el lenguaje alrededor de los 18 meses, progresa y se manifiesta en una narración coherente a partir de los 36 meses. Esta línea temporal muestra una convergencia entre los estudios normales del desarrollo (Fivush, 1999), y del ámbito clínico (Terr, 1988; Scheeringa, 2009)

Los datos de varias investigaciones señalan que los niños de 2 años y medio y 3 años, recuerdan claramente las experiencias estresantes años más tarde, y que estos recuerdos son al menos tan detallados como las experiencias normales (Fivush, 1999). Aunque de manera menos clara, existen ciertas evidencias de que aquellos que experimentaron más estrés en el momento de los hechos, recordaban menos (Scheeringa, 2009).

A pesar de la escasez de datos sobre niños pequeños, las posibles repercusiones de las alteraciones neurobiológicas causadas por las experiencias traumáticas, son terribles. La activación repetitiva de redes de miedo en el contexto del PTSD (Síndrome de Estrés Postraumático) conservarán, de forma selectiva, circuitos neuronales de inadaptación, a expensas de unos circuitos más adaptativos durante el transcurso de los recortes sinápticos y de redes en los primeros años de vida, que conducirán, teóricamente, a alteraciones más permanentes en el desarrollo de la estructura cerebral y, quizás, a rasgos de personalidad inadaptada y a una mayor sintomatología crónica (Perry, Pollard, Blackley, Baker, & Vigilante, 1995).

Un estudio longitudinal de PTSD en niños de preescolar, sugiere un carácter más crónico del síndrome, comparado con el transcurso registrado en estudios típicos de adultos (Scheeringa, 2005).

La maduración del lóbulo temporal medial del cerebro (hipocampo) y del córtex orbitofrontal está relacionada con las capacidades de recordar y hablar de los recuerdos de los acontecimientos del día. Este proceso de maduración permite disponer de memoria explícita. A partir del segundo año de vida el niño puede recordar el orden en que suceden las cosas, lo que permite al niño desarrollar un sentido del tiempo y de la secuencia de las

cosas. La habilidad del cerebro para crear representaciones espaciales y temporales es central para la supervivencia. La memoria explícita es fundamental para la creación de un sentido del espacio y del tiempo porque nos permite saber dónde están las cosas y cuándo estuvieron allí. En el segundo año de vida el niño ha desarrollado un sentido del mundo físico, un sentido del tiempo y un sentido de la secuencia, así como un sentido de sí mismo. Este conjunto constituye la memoria explícita autobiográfica (Velasco, 2011).

Martínez-García (2013) señala que la amígdala, una de las porciones antiguas del cerebro, es el corazón del circuito cerebral de las emociones. Circuito que se desarrolla muy pronto y permite adquirir memorias emocionales prácticamente desde el nacimiento.

Al contrario, las porciones del cerebro responsables de la adquisición de memorias explícitas, más concretamente el hipocampo, del que depende la capacidad de adquirir memoria episódica o narrativa, es de desarrollo tardío. Razón por la que las memorias emocionales adquiridas en la temprana infancia no conseguirían un correlato cognitivo.

Las memorias emocionales positivas (gustos y apetencias) y las negativas (miedos adquiridos) usan mecanismos cerebrales diferentes y tienen una evolución distinta. Las memorias emocionales positivas son fugaces, y por ello necesitan de frecuentes refuerzos positivos, *mientras que las memorias emocionales negativas pueden resultar casi indelebles*.

A lo largo de la vida se producen múltiples ocasiones en que se adquiere miedo a estímulos inocuos, por asociación con otros realmente amenazantes (Palau, 2016a). La gran ventaja adaptativa de este aprendizaje emocional negativo es poder reaccionar anticipadamente a las posibles amenazas, gracias a haber adquirido miedo a los estímulos que las preceden. Estas reacciones tienen gran importancia para la supervivencia, pues esta requiere que los miedos se adquieran rápidamente y se extingan lentamente (Martínez, 2013).

Citando a Greg Quirk, estudioso de este proceso de extinción, Martínez (2013) señala que éste autor ha demostrado que la extinción es un proceso activo que depende de la actividad del córtex prefrontal medial y que si se lesiona esta área del córtex, los animales ya no pueden perder el miedo adquirido al estímulo aversivo. La investigación del grupo de Greg Quirk indica que *el córtex prefrontal medial es capaz de inhibir la expresión del miedo, a través de sus proyecciones sobre la amígdala, pero no borra la memoria: sólo inhibe su expresión*. Descubrimiento que recuerda aquella afirmación de Marty (1992) al referirse al estado de las personas afectadas por una Depresión Esencial “el inconsciente recibe, pero ya no emite”.

La superación de los miedos requiere de la función de la corteza prefrontal. Siendo el estrés post-traumático una de las patologías del miedo más devastadoras que existen, estudios con técnicas de neuroimagen indican que la intensidad del estrés post-traumático está correlacionada positivamente con la actividad de la amígdala y negativamente con la del córtex prefrontal. En otras palabras, sigue diciendo Fernando Martínez (2013), una de las posibles causas del estrés post-traumático, es decir, de la incapacidad de superar los miedos desde el punto de vista neurofisiológico, es una hipofunción del córtex prefrontal (Shin & al., 2005).

Nos preguntamos, si en la actividad del córtex prefrontal medial de inhibición de la expresión, podría encontrarse un correlato neurocerebral de la actividad psíquica de inhibición de la expresividad motora y emocional que tiende a producirse en el bebé

dormido, ante el malestar percibido por la sobreestimulación a la que es expuesto en la prueba de Brazelton.

La activación de la función de autorregulación del estado, que procura proteger el dormir del bebé, se produce primero mediante la desconexión de la percepción-atención del estímulo molesto, y después mediante la inhibición de la expresividad motora. Desde nuestra hipótesis, la actividad del cortex prefrontal no sólo estaría implicada en la inhibición de la expresión, sino también en la desconexión de la percepción-atención.

La hipofunción del córtex prefrontal ¿se puede relacionar con los efectos de una sobreactivación de la tendencia a desconectar la percepción-atención de los estímulos internos, asociados al malestar acumulados en la memoria emocional implícita negativa?

Oliver (2009) señala que durante los períodos de estrés agudo se produce una inundación de hormonas adrenales que generan consecuencias a corto y largo plazo. Originalmente fue descrito por Selye (1956) como el factor más importante del Síndrome General de Adaptación, pero actualmente existen evidencias de que estas hormonas pueden afectar la memoria y el sustrato anatómico de la memoria. Así mismo señala que Bremer, Scott, Delaney & al (1993), concluyeron que en adultos con Síndrome de Estrés Postraumático existe déficit de la memoria de corto plazo como consecuencia del aumento de corticoides inducida por el estresor. En los niños el hipocampo es especialmente susceptible porque se encuentra todavía en un estado vulnerable de neurogénesis en los primeros meses de vida.

Nos preguntamos si la experiencia de estrés basal crónico, que se encuentra frecuentemente en los niños con déficit de atención, podría estar relacionada con la afectación de su memoria de trabajo.

10.26. Narrativa compartida y elaboración.

La comprensión lograda en el contexto psicoterapéutico con padres e hijos sobre los orígenes del sufrimiento compartido, resulta de especial interés para afrontar experiencias traumáticas.

Facilitar la expresividad parental en torno al sufrimiento propio y del bebé, en el contexto de una escucha adecuada, permite desarrollar una actividad narrativa que ayude a dar significado y a elaborar el sufrimiento emocional circulante entre todos ellos.

10.27. Vestigios de los factores estresantes e interacción.

El espacio de la interacción padres-bebé/niño, es un espacio privilegiado que permite observar las distorsiones y dificultades de unos y otros en sus intercambios, y permite intervenir para ayudar a alcanzar o recuperar un nivel mínimo de sincronización y sintonía emocional mutua. Pero los efectos de las distorsiones, presentes como alteraciones manifiestas observables en la interacción, no deben confundirse con las causas que participaron en su producción. Estas, factores originales generadores de la distorsión, pueden haber desaparecido de la escena actual dejando sólo una leve estela, junto a sus efectos, como testimonio de su presencia en el pasado.

Sin perder de vista los actuales, la investigación de los efectos procedentes de tiempos anteriores, llegados en forma de *eco* o *reverberación*,^{xlviii} debe de intentar determinar la naturaleza, la combinación y recombinación de los factores originales que afectaron a la triada y condicionaron el estilo relacional desarrollado por el sujeto (Punto 10.31).

El traumatismo precoz, experimentado en las primeras épocas de la vida e inscrito en la memoria implícita existente ya en la época prenatal en el núcleo amigdalino, se propaga mediante enlaces hasta la memoria explícita. El núcleo amigdalino, que se encuentra en relación estrecha con el sistema neurovegetativo y neuroendocrino, resulta de importancia para la regulación hormonal y la presión arterial. Las inscripciones del estrés temprano pueden encontrarse relacionadas con ciertas enfermedades metabólicas y cardiovasculares (Ansermet, 2006, 2011).

Ha quedado demostrado que los bebés guardan una huella del dolor precoz. Un grupo de bebés circuncidados con analgesia fue comparado con otro grupo circuncidado sin analgesia. Los niños que no recibieron la analgesia experimentaron una reacción más importante al estrés de las vacunas. Su reacción más intensa señalaba una reactivación de la memoria del dolor experimentado en su época neonatal (Taddio, A., Katz, J., Ilersich, AL., & Koren G. (1997). Existe una relación entre las rememoraciones amigdalinas de la memoria implícita y de la memoria explícita. Una determinada coloración de la memoria implícita que afecte a la memoria explícita puede producir un efecto de falsa memoria (Ansermet, 2006, 2011).

10.28. Percepción de bajo control, anorexia temprana y anticipación negativa.

La imposibilidad, experimentada por el yo del bebé, de dar sentido a la experiencia sufrida, produce en él una percepción de bajo control, especialmente angustiada. Al contrario, la posibilidad de activar ciertas iniciativas aumenta su percepción de control.

El intento de desarrollar una experiencia de control en el bebé de pocos días, expuesto a condiciones traumatógenas, resulta manifiesto al observarle activar recursos evitativos de la relación, como forma de iniciativa de un intento de escape de la experiencia de malestar y de indefensión (Palau, 2006, 2007c, 2011c, 2016a).

Ciertas anorexias infantiles de oposición, incluso neonatales, permiten desarrollar una experiencia subjetiva de control activo sobre el origen del malestar, y pueden mantenerse aún cuando las condiciones traumatógenas iniciales hayan desaparecido de la escena vivencial-relacional (Palau, 2003, 2007, 2013a).

Resulta especialmente interesante señalar que la generación muy precoz de una intensa reactividad automática de rechazo, generada en torno a la experiencia relacional de la alimentación (inicialmente activada para protegerse de una experiencia de indefensión ligada a la percepción de una falta de control sobre el sufrimiento percibido), podrá en ciertos casos, prolongarse de manera crónica y convertirse en otra fuente de angustia, como estresor secundario, al quedar atrapada en la inercia de repetición compulsiva (punto 10.16).

El sufrimiento parental, incluso provistos de afecto tierno, puede convertirse en un obstáculo que dificulte la internalización adecuada de una experiencia interactiva tierna y protectora, puesto que el bebé podrá defenderse del dolor ajeno, sentido en carne propia en el ámbito de la interacción.

De ello resulta la dificultad que tiene el bebé para mantenerse dispuesto a “ingerir” o asimilar contenidos positivos, puesto éstos se encuentran asociados a otros contenidos emocionales perturbadores de su homeostasis emocional y psíquica.

En edades tempranas, la experiencia de displacer continuado puede acabar desplazando la tendencia natural del anhelo de alcanzar y conservar el placer relacional, y convertir a este anhelo en una vivencia peligrosa y rechazable, puesto que tiende a reinstalar una expectativa confiada que aumenta su vulnerabilidad al poder verse de nuevo sorprendido por la recepción de contenidos emocionales, comportamentales o intencionales negativos, procedentes del otro.

Estar preparado, mediante un estado de sobrealerta, para la recepción de contenidos negativos y evitar la experiencia de falta de control, impotencia y vulnerabilidad, llevará al bebé a desarrollar una expectativa cronificada de indagación virtual negativizante del futuro, ligada a un posicionamiento de hipervigilancia e hipersensibilidad, en el que las vivencias positivas no podrán ser internalizadas de manera confiada.

Desde ésta perspectiva, la asimilación confiada de las experiencias positivas ligadas al desarrollo y abastecimiento orientado por el principio del placer, se convierte en una posición arriesgada.

De éste modo, la expectativa de anticipación/indagación virtual negativizante del futuro se convierte en una posición que busca asegurar el control y la autoprotección, aunque producirá, como efecto secundario, la dificultad para desarrollar una vivencia posterior, confiada, satisfecha y de aprovechamiento de la experiencia relacional positiva, efectivamente disponible.

Con el paso del tiempo, esto podrá convertirse en la posición sufridora de ciertas madres o padres que proyectan en su hijo/a, las dos caras de una misma encrucijada vivida por ellos en su época perinatal e infantil, a través de lo temido y de lo prohibido, invocado desde una intencionalidad protectora.

La dificultad para lograr el aprovechamiento positivo del presente va unida a la dificultad para “abandonarse-confiarse”, salir de la posición de anticipación virtual negativa, y centrar la atención sobre la realidad externa, abandonando una actividad imaginaria de control virtual del peligro.

Así pues, no sólo tendrá dificultades para percibir adecuadamente los aspectos positivos disponibles en el presente, sino también para internalizarlos de manera confiada. Es obvio que ésta posición puede ser inducida o reforzada desde la tendencia de su madre o cuidador.

10.28.1. La hiperreactividad angustiosa en el ámbito de la alimentación del bebé y de la organización de un modelo relacional.

El efecto del rechazo del alimento y de la posición pasiva de ser alimentado, derivado de la presencia de un estrés basal postraumático, que puede llegar a incluir al alimentador, puede generar un daño inmenso en la representación amable del bebé, tanto para el cuidador como para el propio bebé.

El alimentador puede interpretar, erróneamente, que el aumento de la intensidad y de las experiencias afectadas por el rechazo, pertenecen a una tendencia obstinada, que tiene como fin agredirlo. Cuando lo que está sucediendo es que el sufrimiento, cada vez más reactivo y re-sentido como malestar físico, se vuelve más incontrolable y contaminante de otras áreas de la experiencia relacional compartidas con el alimentador de referencia, aumentando así el re-sentimiento emocional.

El propio bebé, desconcertado, podrá ir desarrollando una representación negativa de sujeto desagradecido y de “bebé malo”.

La coacción alimentaria complicará de sobremanera la situación puesto que introducirá a la relación bebé-madre en una dimensión de violencia relacional, capaz de intensificar de manera dramática el sufrimiento, el daño en el amor propio, el resentimiento, la ambivalencia y la fuerte tendencia a evitar una experiencia relacional que requiera de una afectividad que conlleve reactivar el sufrimiento primario, asociado al estar-con de manera pasivo-dependiente.

Así pues, desde la hiperreactividad angustiosa, asociada al núcleo traumático primario, podrá ir constituyéndose un modelo relacional primario marcado por una sobredefensa que reactive la vuelta al distanciamiento emocional y relacional. Desde ésta perspectiva, de "va-i-venes" generados por el deseo de vinculación estrecha y de intensa evitación defensiva, la experiencia relacional amorosa del sujeto podrá desarrollarse jalonada por repetidas y frecuentes microrrupturas, cuando no de frecuentes rupturas definitivas. Mientras en lo aparente puede desarrollar una sobreadaptación (punto 9.31) aconflictiva con la expectativa del otro que aspira a una consideración de ser “amable”, en la que la expresividad emocional diaria y espontánea del malestar sentido está muy reducida, en la interioridad podrá ir acumulando angustia, ambivalencia y resentimiento primario. En éste contexto podremos encontrar una falla en la percepción y expresión de la angustia del octavo mes (Spitz, 1965).

10.29. Experiencia traumática y nuevo equilibrio basal.

Oliver (2009) plantea: ante una experiencia traumática se activa el sistema nervioso simpático: aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la movilización de glucosa y el tono muscular. Todas estas acciones preparan el organismo para la defensa, luchar o correr lejos de la amenaza potencial... El niño traumatizado puede entonces exhibir hiperactividad, ansiedad y comportamiento impulsivo, trastornos del sueño, taquicardia, hipertensión. La sensibilización del niño lo vuelve hiperreactivo o puede permanecer en estado de miedo persistente. *El nuevo equilibrio basal emocional es un estado de ansiedad.* El niño será más fácilmente amenazado o aterrorizado. Con el tiempo puede mostrar un grupo de síntomas de mala adaptación emocional cognitiva, social y fisiológica.

El nuevo equilibrio basal emocional, definido por Oliver como estado de ansiedad, es un estado que podemos encontrar frecuentemente en niños afectados por una patología psicosomática y en niños que padecen problemas de desatención y de hiperactividad, expuestos tempranamente a intensas vivencias estresoras.

Dicho estado, al que nos hemos referido tanto en bebés, niños, adolescentes y adultos, como “estado tensional basal”, “angustia difusa crónica”, “desasosiego permanente” o “susto basal”, se relaciona con nuestra formulación del *estresor secundario, reflejo de un primer núcleo traumático.*

Todas estas vivencias traumatógenas, no metabolizables, generan un estado cronificado de sobrealerta e hipervigilancia psíquica, además de otros síntomas y mecanismos, perdurables en la edad adulta.

10.30. Recursos defensivos anteriores y precursores de la disociación.

Según Schore (2002a-b), en el inicio de la situación traumática el bebé se encuentra en un estado de alarma en donde se activa el sistema simpático (aumento de la tasa cardiaca, presión sanguínea y respiración). Conductualmente el bebé llora, grita y está inquieto. El cerebro, por su parte, entra en un estado hipermetabólico que afecta la maduración de los diversos sistemas del cerebro (secreción aumentada de adrenalina, noradrenalina, dopamina, vasopresina y hormonas tiroideas).

El segundo patrón de respuestas consiste en la disociación, en la cual el infante se apaga con relación al mundo externo y se centra excesivamente en sus activaciones internas. Las conductas propias de este patrón de respuesta son la evitación conductual y afectiva, la complacencia, la hipoactividad y la afectividad restringida. Muchas veces, los niños en este estado parecen como si fingieran estar muertos con una consecuente experiencia de querer pasar completamente desapercibido.

En el estado de disociación se activa el sistema parasimpático, el cual induce un estado de conservación de energía en donde se secretan opiáceos (para adormecer el dolor) y hormonas del estrés que inhiben la conducta (tales como el cortisol). Por lo tanto, observamos nuevamente la acción del SNA, pero esta vez en un desequilibrio e hiperactividad (Schore, 2002a-b).

Según nosotros, los procedimientos que intentan muy precozmente evitar la experiencia de malestar-sufrimiento somatoemocional pueden activarse de manera evidente en los primeros días o primeras semanas de vida sin que en nuestra opinión pueda hablarse aún de disociación, aunque puedan ser sus precursores (Puntos: 10.2, 10.5, 10.6, 10.15, 10.16).

En general, la respuesta psicobiológica de los niños al trauma es descrita por la mayoría de los clínicos con dos patrones: la hiperactivación y la disociación.

Sin embargo, en el funcionamiento psíquico inicial del bebé nosotros pensamos que debe de contemplarse una tercera opción de actividad defensiva anterior a la disociación.

La percepción de excitación negativa traumatógena produciría un estado de alarma-malestar y activaría diversos procedimientos psíquicos protectores, ya disponibles de modo más rudimentario antes de nacer, que podrían dar lugar a varias alternativas de respuesta que, en el caso de la expresividad del llanto, podrían dar lugar a dos patrones de respuesta:

1ª. El bebé de pocos días o semanas llora, está inquieto-tenso-molesto y se han manifestado, o no, alteraciones funcionales y/o comportamentales en la interacción.

2ª. El bebé no llora su estado de inquietud-tensión-malestar y se han desencadenado alteraciones funcionales y/o comportamentales en la interacción.

En la primera opción, el acceso a la expresividad está abierto desde que se origina la percepción de malestar, mientras que en la segunda opción el acceso a la expresividad está cerrado debido a la activación muy precoz de los mecanismos de desconexión de la perceptividad somatoemocional y de supresión de la expresividad emocional.

Según nosotros, *sin que aún pueda hablarse de disociación*, el bebé puede “optar” por la primera o por la segunda opción defensiva.

Aunque en la primera opción, después de un tiempo de expresar su malestar sin haber obtenido alivio, también pueden activarse de manera menos aguda en su inicio para ir intensificándose después y acabar cronificándose los mecanismos psíquicos de desconexión de la perceptividad y de la expresividad somatoemocional, además de otros comportamentales que afecten a la interacción.

Estos recursos de desconexión de la percepción-atención son claramente observables en el contexto neonatal de evaluación de la regulación del estado, de la escala neonatal de Brazelton (1973).

Según Golse (1999) “La atención es una disposición psíquica interior, un estado de alerta activo, una disponibilidad perceptiva que nos hace sensibles a lo imprevisto, a alguna cosa cuya existencia es probable, pero cuyas cualidades no están definidas, ni siquiera imaginadas por adelantado (...)”. “Cuando T.B. Brazelton define el estado de “disponibilidad alerta”, habla, me parece, de algo muy cercano, es decir de las capacidades de atención del bebé que es entonces reactivo a los fenómenos interactivos en general, lo que reenvía por supuesto a su capacidad de establecer lazos pero sin que se pueda decir por adelantado de qué tipo de lazos se tratará” (Golse, 1999).

Para nosotros, esa misma actividad de la atención, formulada por Golse en el estado de disponibilidad alerta del bebé (Golse & Moro, 2014), seguirá activa y regulará su estado, mientras permanece dormido en calidad de *percepción-atención no consciente*, al percibir auditivamente el estímulo externo generado por la escala de Brazelton (Palau, 2010b).

Kandel E. (2006) señala la existencia de dos sistemas cerebrales, el de la percepción-atención consciente y el de la percepción-atención inconsciente que, según nosotros, **en los primeros tiempos de la vida pudieron estar muy entrelazados para ir diferenciándose después** con el progresivo desarrollo del Yo y su nivel de consciencia, y con ello ir distinguiéndose claramente una doble función Yoica. *Ambos sistemas claramente diferenciados en atención consciente y atención inconsciente, pertenecerían inicialmente a un doble trabajo de la percepción-atención del Yo, con una finalidad o función complementaria e integrativa y no disociativa* (puntos 9.32, 9.33).

10.30.1 Síntesis sobre el llanto y su inhibición ante el malestar sentido.

Pueden observarse dos evoluciones afectadas por la inhibición:

1ª) - Inhibición primaria: ésta se produce desde los primeros tiempos de la vida.

2ª) - Inhibición secundaria: ésta sobreviene después de un tiempo de llanto intenso y continuado durante el día y/o durante la noche.

1ª) – En la inhibición primaria participan, de manera autónoma, mecanismos intrapsíquicos de desconexión de la percepción y/o la acción supresora de la expresividad del llanto por parte cuidador, de manera muy temprana (Punto 10.2). El cuidador puede promover, de manera más o menos inconsciente, la utilización de mecanismos de desconexión de la percepción en el bebé y, en consecuencia, la falta de expresividad del malestar experimentado.

2ª) – En la inhibición secundaria puede observarse un periodo previo de frecuentes episodios de llanto intenso. Este periodo puede prolongarse a lo largo de semanas o meses sin que pueda ser calmado con facilidad. En éstas situaciones suelen utilizarse procedimientos autocalmantes en forma de prolongados y, a menudo, intensos movimientos mecánicos, como procedimientos distractores más o menos exitosos para lograr su apaciguamiento y también, cuando la necesidad de dormir está presente, para lograr su adormecimiento (punto 10.16). En estas situaciones se observa una clara dificultad para acceder a una relajación corporal que facilite la entrada en el sueño y el bebé, confrontado a una vivencia basal estresora desasosegadora, requiere de movimientos

mecánicos más o menos intensos y prolongados como procedimientos autocalmantes (punto 10.46).

A lo largo de dicho periodo de desconsuelo, malestar prolongado y desregulación del estado, se activarán con intensidad los mecanismos de desconexión de la percepción del malestar (puntos 10.2, 10.6).

10.31. Modificación del eje de autorregulación del estado en el bebé, ante la recepción del malestar parental.

Expuesto tempranamente al efecto de una desregulación somatoemocional producida por la recepción del malestar ajeno, el bebé establecerá muy pronto la prioridad de centrar su percepción-atención en el estado emocional del que lo acompaña, tomando a éste como eje referencial para la regulación de su propio estado.

Esta dinámica, que supone estar controlando el estado emocional e intencional del otro, así como la naturaleza de la representación que de sí-mismo se organiza en aquel, acabará convirtiéndose en un principio de autorregulación des-centrada y en un modelo de relación que conllevará una sobreadaptación (punto 9.31) a las expectativas y necesidades del otro, mediante el que intentará asegurar su amor propio, su aceptación y su bienestar.

Viviendo su equilibrio emocional a merced del estado emocional del otro, el desplazamiento sobre aquel del eje referencial de su atención en el reconocimiento de emociones, intenciones y representaciones, le llevará a un descentramiento de su percepción, a un déficit en el reconocimiento y priorización de las propias y, a menudo, en una confusión de lugar (mío/suyo).

La expectativa indagadora del estado del otro podrá aumentar tan considerablemente que acabe convirtiéndose en el eje principal de la actividad de prospección-anticipación del mundo emocional, con el fin de intentar asegurarse el propio equilibrio. En algunos casos en los que el otro emocional se encuentre en apuros de manera sostenida (ej. depresión) o resulte demandante de vitalidad (Punto, 8.8), podrá desarrollarse un estilo (o síndrome) relacional propio del bebé sostén (Palau, 2009).

Originaria del Ser bebé, esta dinámica podrá ser identificada como un “estilo relacional sobreadaptativo del self”, que correspondería según nosotros al concepto de “falso-Self” de Winnicott (1965).

10.32. Actividad psíquica y cerebral de percepción consciente e inconsciente, en Kandel.

En el capítulo dedicado a la conciencia, Kandel (2006) plantea la pregunta ¿cómo y dónde se procesan las percepciones emocionales inconscientes?

Veamos algunos de sus planteamientos y descubrimientos obtenidos en un experimento en el que se presentan a unos voluntarios fotografías de rostros con expresión de temor.

A un grupo se le presentaron los rostros a una velocidad que permitía que los sujetos reflexionaran sobre lo que veían, mientras que a otro grupo se les presentaron tan rápidamente que no tuvieron tiempo de declarar qué tipo de expresión habían visto.

Premisa:

Plantea que *la ansiedad de fondo* es un rasgo duradero, a diferencia de la ansiedad momentánea que la mayoría de la gente siente frente a una situación nueva. Una parte de los voluntarios del experimento la padece y el resto no.

Esta sería la síntesis de los resultados obtenidos en éste experimento:

1º - Descubre que los estímulos conscientes y los inconscientes afectan a regiones distintas de la amígdala y que lo hacen con una intensidad variable que depende de la ansiedad de fondo. La percepción inconsciente (de rostros con expresión de temor) activa el núcleo basolateral.

2º - La activación del núcleo basolateral, cuando hay percepción inconsciente de rostros que expresan temor, es directamente proporcional a la ansiedad de fondo del voluntario: cuanto mayor es la ansiedad de fondo, tanto más intensa es la respuesta.

No se registra respuesta alguna en los sujetos con baja ansiedad de fondo.

Por el contrario, la percepción consciente de las mismas caras activa la región dorsal de la amígdala donde está el núcleo central y es independiente de la ansiedad de fondo.

El núcleo central de la amígdala envía información a regiones del cerebro que forman parte del sistema nervioso autónomo que interviene en las respuestas de excitación y defensa.

En suma, las amenazas percibidas en forma inconsciente afectan desproporcionalmente a la gente que tiene una gran ansiedad de fondo, mientras que las mismas amenazas percibidas de un modo consciente suscitan una respuesta de "lucha o huida" en todos los voluntarios.

3º - También descubre que la percepción consciente e inconsciente de rostros que expresan temor activa redes neurales diferentes fuera de la amígdala. Las percepciones inconscientes sólo se detectan en los voluntarios ansiosos. Incluso la percepción inconsciente suscita actividad en regiones de la corteza cerebral.

4º - Así, el hecho de contemplar estímulos que atemorizan activa dos sistemas cerebrales diferentes: uno que implica atención consciente, presumiblemente descendente, y otro ascendente, que implica atención inconsciente o un estado de alerta.

5º - En primer lugar, los resultados demuestran que en el ámbito de las emociones, como en el de la percepción, se puede percibir un estímulo en forma consciente o inconsciente. También confirman, según Kandel, la idea de Crick y Koch de que en la percepción el reconocimiento consciente e inconsciente de un estímulo está correlacionado con distintas regiones del cerebro.

En Segundo lugar, los estudios confirman biológicamente la importancia de la idea psicoanalítica sobre las emociones inconscientes. Sugieren además, que los efectos de la ansiedad ejercen una influencia más dramática en el cerebro cuando el estímulo queda a cargo de la imaginación, en lugar de ser percibido conscientemente. Una vez, nos sigue diciendo Kandel, que los sujetos de estudio confrontan en forma consciente la imagen del rostro que expresa temor, incluso los más ansiosos pueden evaluar con precisión si realmente representa una amenaza.

Un siglo después de que Freud postulara que las perturbaciones psicopatológicas son producto de conflictos inconscientes que pueden controlarse si la fuente del conflicto se

afronta en forma consciente, las imágenes del cerebro obtenidas en las investigaciones de Kandel, sugieren que en esos procesos conflictivos puede haber una mediación cerebral. Más aun, nos dice, el descubrimiento de una correlación entre la ansiedad de fondo de los voluntarios y sus procesos neurales inconscientes confirman biológicamente la idea freudiana de que los procesos mentales inconscientes forman parte del sistema cerebral de procesamiento de la información. Nos sigue diciendo que el descubrimiento de que la percepción inconsciente del temor activa el núcleo basolateral de la amígdala en proporción directa a la ansiedad de fondo del sujeto estudiado, proporciona un indicio biológico para diagnosticar los estados de ansiedad y evaluar la eficacia de diversas drogas y formas de psicoterapia.

Según nos relata Kandel (2006), después de cientos de ensayos Kornhuber comprobó que, invariablemente, cada movimiento del dedo índice que realizaba el voluntario, era precedido por una diminuta irregularidad en el registro eléctrico cerebral, **una suerte de chispa de libre albedrío**. Bautizó a ése potencial del cerebro como "**potencial de disposición**" y verificó que se producía un segundo antes del movimiento voluntario. Libet, nos sigue diciendo Kandel, partió del descubrimiento de Kornhuber e ideó otro experimento en el que solicitaba a los voluntarios que levantara un dedo siempre que sintieran el impulso de hacerlo. Colocó un electrodo en el cráneo de un voluntario y confirmó la existencia del potencial de disposición un segundo antes de que el voluntario levantara el dedo. Después comparó el tiempo que le llevaba a esa persona decidir el movimiento, con el tiempo del potencial de disposición. Para su sorpresa, dice Kandel, descubrió que el potencial de disposición *no aparecía después de que la persona sentía el impulso de levantar el dedo, sino 200 milisegundos antes!* Así, limitándose a observar la actividad eléctrica del cerebro, Libet podía predecir lo que una persona haría, antes de que la persona misma se diera cuenta de que lo había decidido.

Sigue en su exposición planteando la pregunta ¿Acaso la elección se hace libremente, pero en forma inconsciente? De ser así, sigue diciendo, tanto en la acción como en la percepción, la elección puede reflejar la importancia de las inferencias inconscientes. Libet supone que el proceso que inicia una acción voluntaria ocurre en una región inconsciente del cerebro pero que, justo antes de que la acción se lleve a cabo, se convoca a la conciencia para que apruebe o vete la acción. En los 200 milisegundos anteriores al movimiento de levantar el dedo, la conciencia determina si el movimiento ha de efectuarse o no.

10.33. Reflexiones sobre el artículo de E. Kandel.

1º - Kandel observa que existen personas expuestas a una ansiedad de fondo crónica, a diferencia de otras que no la padecen. Observación que coincide con las definiciones clínicas de ésta tesis, que señalan una diferencia entre la angustia señal o ansiedad momentánea, y las manifestaciones de angustia automática como formas clínicas agudas de expresión de una angustia basal crónica, también llamada por nosotros en diferentes artículos como tensión basal, desasosiego basal o susto basal, excitable en diversas circunstancias de sufrimiento propio o ajeno, sentido en cuerpo propio por resonancia empática primaria en bebés/niños y en personas vulnerables, altamente sensibles e hiperreactivas por haber sufrido tempranamente una experiencia estresora intensa y prolongada siendo bebés, tal como lo explicitamos en el punto 10.16 de ésta tesis.

2º - Con su descubrimiento de que los estímulos conscientes e inconscientes afectan a regiones distintas de la amígdala, con una intensidad variable que depende de la ansiedad de fondo, Kandel señala lo que también es observable, desde el punto de vista de ésta tesis,

en la clínica de las personas vulnerables. La receptividad permanente y la alta sensibilidad reactiva basal, desconectada de la atención consciente, que experimentan los bebés/niños y las personas en las que se cronificó esa hipersensibilidad, activa el núcleo basolateral cuando se encuentran reexpuestas a la percepción, más o menos consciente, del estado emocional angustiado, violento, deprimido o negativo de otro, (Aron, 2006; puntos 10.45, 10.47, 10.54).

Los efectos emocionales y somáticos desproporcionados, generados por el estímulo emocional, están correlacionados con la hiperreactividad emocional basal del sujeto.

La exposición a una información contradictoria, generada entre la percepción del comportamiento externo del objeto y su fondo emocional negativo de signo distinto, genera perplejidad y angustia en el bebé. Por el contrario, cuando las madres muy angustiadas, que hasta entonces han evitado llorar delante de sus bebés para no afectarlos, se permiten hacerlo sintiéndose bien acompañadas, estos se calman.

3° - La parálisis psíquica descrita por pacientes niños, adolescentes y adultos, desencadenada por la recepción / percepción-atención del estado angustiado/apático-decaído/negativo del otro, de forma involuntaria e impotente, está directamente relacionada con la intensidad de la angustia basal que existe en ellos. La descripción de Kandel coincide con el efecto descrito por éstos pacientes en la infancia, adolescencia y adultez. Es decir que la percepción/recepción inevitable del estado negativo del otro, puede llevar a un hundimiento somatoemocional y a una parálisis del pensamiento en las personas que sufren con especial intensidad *angustia basal crónica*.

4° - La constatación de Kandel de que la percepción inconsciente de rostros que expresan temor puede activar regiones de la corteza cerebral y que sólo se detecta en los voluntarios ansiosos, está relacionada, según nosotros, con la hipervigilancia primaria del bebé, encargada de la captación del estado emocional del otro, que sigue funcionando crónicamente de manera sobreactiva a lo largo de toda la vida.

5° - Kandel señala que la exposición a estímulos que atemorizan activa dos sistemas cerebrales diferentes, que seguirán funcionando de manera independiente:

- a) - El primer sistema de reconocimiento analógico del Yo, altamente receptivo y reactivo ante el mundo emocional del otro, sería el sistema que el bebé usa de manera prevalente para el reconocimiento del otro emocional, en el contexto de la captación empática primaria y de la interacción primaria bebé-madre-padre. Este sistema resultará sobreactivado en los bebés que han experimentado un fuerte estrés emocional por haberse vivido sobreexpuestos a la afectación directa del mundo negativo del otro, o a otras fuentes estímulares generadoras de sufrimiento, y permanecerá hipervigilante e hiperreactivo de manera crónica, siendo experimentado como susto basal, tensión o desasosiego basal. **Permanecerá como atención inconsciente.**
- b) - El segundo sistema cerebral del Yo, incluye la actividad de reconocimiento digital de las señales provenientes del otro. Se trata de esa parte del Yo que se volverá cada vez más eficiente en el desarrollo del **estado de consciencia de lo percibido** (atención selectiva – discernimiento – análisis decisión – acción). **Se constituirá como atención consciente.**

En la Vida Operatoria y en la Alexitimia, las señales que emite el primer sistema de percepción, recibidas en el segundo sistema donde deben de ser integradas, han sido

tempranamente interrumpidas para evitar el colapso de la capacidad de trabajo-metabolización del Yo temprano.

6° - Kandel señala por tanto la existencia de dos sistemas cerebrales: el de la percepción-atención consciente y el de la percepción-atención inconsciente. Sistemas que en los primeros tiempos de la vida pudieron estar muy entrelazados e ir diferenciándose después con el progresivo desarrollo del Yo y su nivel de consciencia, y con ello ir distinguiéndose claramente una doble función Yoica.

Ambos sistemas, pertenecerían a un doble trabajo de la percepción-atención del Yo, con una finalidad complementaria e integrativa y no disociativa.

Podemos hablar de una interrupción/desconexión Yoica defensiva temprana, en ciertos casos cronificada, de la integración de los estímulos percibidos por el Yo atención consciente. En esos casos la información procedente del núcleo central de la amígdala no es percibida por las regiones del cerebro que forman parte del sistema nervioso autónomo, por haberse producido una desconexión de la percepción-atención consciencia.

La activación de la angustia basal está relacionada con la percepción de ausencia de control sobre lo vivenciado, puesto que en el tiempo del bebé la consciencia no puede dar sentido a lo vivenciado ni en sí-misma ni en el otro. Es la angustia desamparo/impotencia experimentadas por el bebé, lo que se reactiva e inunda, sin entender porqué, la atención consciencia del sujeto en todas sus edades.

7° - Kandel plantea que la imaginación incrementa el grado de ansiedad. Y nosotros añadimos que el malestar intenso sentido originariamente sin que fuera posible ligarlo a alguna relación causa-efecto, genera indefensión y angustia-desamparo. La sobreutilización secundaria de lo imaginario generador de ansiedad, es a menudo la consecuencia de un intento, por parte del Yo, de rescatarse de la indefensión experimentada ante el malestar sufrido sin ser capaz de establecer un sentido de causa-efecto. En esa situación el sujeto intenta alcanzar una posición de control mediante la activación de un escenario virtual de representación dramatizada.

8° - El centro de decisión que inicia una acción voluntaria, situado por Libet en una región inconsciente del cerebro ¿estaría activo en los primeros tiempos de la vida y sería el encargado de activar la desconexión de la percepción-atención somatoemocional generadora de malestar y también la inhibición de la expresividad ligada a la acción-reacción?

Según Kandel, Libet supone que el proceso que inicia una acción voluntaria ocurre en una región inconsciente del cerebro pero que, justo antes de que la acción se lleve a cabo, se convoca a la consciencia para que apruebe o vete la acción.

Según nosotros, aprobar o vetar la acción depende del sentido que adquiere la información obtenida. Nuevamente pues, la obtención de un sentido en torno a lo vivenciado resulta de vital importancia para la toma de decisión de la consciencia de Kandel y permite adquirir o conservar una posición de control del Yo.

La afirmación de Kandel de que tanto en la acción como en la percepción, la elección puede reflejar la importancia de las inferencias inconscientes, resulta especialmente relevante para nosotros, puesto que señala que la naturaleza de la percepción incluye una

importante actividad inconsciente, que nosotros también relacionamos con nuestro concepto de receptividad.

9° - La capacidad de determinar 200 milisegundos anteriores a la acción, si una iniciativa física debe prosperar o no, estaría relacionada, desde el nacimiento, con el proceso psíquico que interviene en la capacidad de autorregulación del estado del bebé recién nacido dormido, evaluado por la Escala de Brazelton.

- a) En el primer tiempo, dormido, reacciona con expresiones corporales de malestar ante el sonido percibido de la campana.
- b) En el segundo tiempo, mientras sigue dormido y se hace sonar de nuevo la campana, el bebé sigue percibiendo el sonido pero, con el fin de proteger el sueño, la activación fisiológica de las expresiones de malestar ha quedado **disminuida** por la percepción-atención del Yo que Kandel denomina Conciencia.
- c) En el tercer tiempo, mientras sigue dormido y en las mismas circunstancias, la activación fisiológica de las expresiones de malestar ha quedado finalmente desconectada.

Según ésta constatación la conciencia de Kandel participa de dos niveles: del nivel dormido y del nivel despierto.

10.34. Sufrimiento emocional y alteración del sueño.

Un número considerable de bebés y de niños pequeños, expuestos a los efectos de un sufrimiento o estrés temprano podrán desarrollar una patología psicósomática. Una de estas patologías son los trastornos del sueño.

Las manifestaciones de la vida psicofisiológica en general, se encuentran sensiblemente reguladas desde la actividad mental y cerebral del sueño (Royant & Parola, 2007). Nos detendremos sobre la actividad del sueño para analizar algunas de las causas relacionadas con el sufrimiento precoz del bebé, y algunos de sus efectos a corto y largo plazo.

La actividad del sueño es, no sólo la vía regia a la actividad psíquica inconsciente, como lo acuñó Freud (1900) sino también el contexto y el tiempo en el que la calidad o los déficits de procesamiento de la actividad cognitivo-emocional desarrollada en él, repercutirá en el crecimiento y desarrollo de nuevos recursos psiconeurofisiológicos.

La experiencia psíquica/emocional/interactiva del bebé afectará la calidad y la cantidad del sueño y, a su vez, éste afectará la calidad de la vida psíquica y emocional diurna. Se trata pues de dos fases de la vida que se influyen de manera constante, tanto en las transacciones que se producen entre ellas como en el trabajo psíquico y cerebral que se desarrolla buscando una mejor organización.

El sueño es especialmente sensible a la vida mental interactiva del bebé, puesto que en ella encontrará aquellas experiencias placenteras, estresantes o traumáticas, con las que la actividad psíquica del dormir y del soñar se abastecerá para la constitución de un mundo de representaciones y experiencias emocionales organizadoras o no, de la homeostasis y de la construcción biopsiconeurogenética.

Los trastornos precoces del sueño nos llevan a analizar la función materna que se ejerce en la relación dual inicial. Tres condiciones significativas de una interacción de buena calidad según Kreisler (1999) son la plenitud afectiva, la flexibilidad adaptativa y la

estabilidad en los aportes y los cuidados maternos. La plenitud afectiva fecunda la relación por todo lo que la madre aporta de riqueza afectiva en las estimulaciones, las manipulaciones, el contacto, el acompañamiento vocal... Debido a la solicitud de ésta, el sueño es impregnado de su carga afectiva fundamental. Marty (1992, 1995) señala que el narcisismo primario se organiza en respuesta al instinto maternal. En éste estadio arcaico, la función de guardián del sueño, más tarde asegurada por el soñar, es desempeñada por la madre.

El vacío afectivo, derivado de experiencias de sufrimiento o de graves carencias afectivas, puede llevar al desierto onírico: el comportamiento vacío, la neurosis de comportamiento y la vida operatoria. Pero también puede afectar a las funciones de regulación psicofisiológica del sueño.

Las experiencias suficientemente tiernas y placenteras, permitirán construir un mundo de representaciones adecuadamente afectivizadas y seguras con el que seguir abasteciendo el anhelo vital de reencuentro y unión con el objeto, tanto despierto como en sueños.

Sin embargo, las experiencias que generan dolor físico o psíquico, **procedentes del propio sujeto o de la persona que lo cuida, porque las prodiga o porque las padece**, generarán una cantidad de excitación-tensión-angustia que se convertirá en el objeto de un trabajo psíquico y cerebral, tanto en la fase diurna como en la nocturna.

La Fase REM, encargada de elaborar, entre otros contenidos emocionales, la excitación-angustia diurna mediante un trabajo de representación onírica de la experiencia sensorial, emocional e interactiva, será puesta a prueba. Si consigue tramitar adecuadamente la cantidad de excitación-angustia, el equilibrio interfase, Fase REM-Fase/No REM, se conservará y se accederá al sueño profundo y reparador. En caso contrario la Fase No REM quedará afectada y aparecerán en ella las huellas de un desbordamiento de la angustia no metabolizada en forma de terror nocturno, despertares confusionales, somniloquia, somnambulismo, bruxismo, y/o enuresis nocturna. También podrán aparecer el insomnio y la hipersomnía.

Sin perder de vista el marco plurifactorial, entendemos que estas manifestaciones pueden tener su origen en el desbordamiento de la angustia inmetabolizable, como factor único o como factor desencadenante de una alteración en la que también participan otros factores.

En las situaciones en las que existe un estado de tensión o angustia basal crónica, tal como ha sido descrita en ésta tesis, el sujeto percibe frecuentemente un cansancio físico al despertar, aún cuando la cantidad de horas de sueño ha sido suficiente y no existen otras manifestaciones de alteración del sueño. En estos casos se produce una alteración cualitativa de la actividad psíquica del sueño que no permite acceder a un nivel de sueño profundo y verdaderamente reparador. Es decir que existe un déficit cualitativo en el trabajo de metabolización de la angustia en la Fase REM y una afectación de la calidad de la actividad de la fase No REM.

Frecuentemente, el niño afectado por el estado de tensión basal nos dice que al despertar y antes de salir de la cama, siente su cuerpo cansado.

Prolongada en el tiempo, sin que existan otras causas (síndrome de las piernas inquietas, apnea del sueño, alteración de la función respiratoria, narcolepsia, etc.), esa sensación podrá ser significativa de un déficit cualitativo crónico del trabajo de la Fase REM.

En estas situaciones, en las que el niño se despierta cansado, también encontramos a menudo dificultades en el adormecimiento puesto que en el momento de relajarse para entrar en el sueño experimenta, de forma súbita e intensa, una vivencia de susto-tensión corporal, que le impide dejarse llevar por las sensaciones del sueño. La tensión mandibular, sentida al despertar, será otro de los signos que pueden señalar la existencia de la tensión-angustia basal crónica.

El sueño del bebé/niño, al igual que otras funciones, como la alimentaria, es una función muy sensible a la experiencia vital del sujeto. Una experiencia vital negativa puede alterar profundamente la calidad o la cantidad del sueño. Si la Función onírica, encargada del trabajo cualitativo de metabolización y organización psíquica de los contenidos emocionales como la angustia, se encuentra alterada en su funcionamiento desde los primeros tiempos de la vida del bebé, ello podrá poner en un serio aprieto a las demás funciones psicofisiológicas del sueño.

Su alteración crónica, cuantitativa o cualitativa, puede repercutir negativamente en la neurogénesis cerebral; la actividad hormonal; la inmunología; la cognitividad (memoria de trabajo, atención, interés, etc.); el comportamiento; la actividad psicomotora (hiperactividad, hipoactividad, etc.) y en la vida emocional e interactiva.

Como ya dijimos anteriormente, los signos de sufrimiento o estrés intenso y persistente del bebé/niño resultan, con mucha frecuencia, poco tenidos en cuenta. La alteración persistente del sueño, en alguna de las formas señaladas, es significativa de la existencia una alteración emocional/psíquica cronificada, vestigio activo frecuentemente derivado de una experiencia traumatógena temprana. Los niños con (TDAH) pueden presentar una alta prevalencia de comorbilidad con los trastornos del sueño directamente relacionable con la existencia de una alteración de la vida emocional y cognitiva enlazable con la presencia crónica de un fondo silencioso de angustia-tensión basal (Yulizen, Virues, Rodríguez & Galla, 2007; Jurado & Lluch, 2010; Tomás, Miralles, Beseler, Revert, Langa & Uribebarrea, 2008; Azeredo & Pratesi, 2009; Domínguez-Or & Colomina, 2006; Pergamin & Bar-Haim, 2006; Betancourt, Jiménez, J & Jiménez, C., 2006; Fernández, Eddy, Rodríguez & Txakarteg, 2007; Dominguez & Colomina, 2006).

Es necesario tener en cuenta que la calidad del sueño de la madre/cuidador del bebé, puede resultar co-reguladora o co-desreguladora del sueño del bebé, y que la alteración del sueño del bebé puede llevar a una desregulación del sueño de la madre que, a su vez, puede aumentar la alteración del sueño del hijo. Es necesario por tanto cuidar de ambos al mismo tiempo, incluyendo al padre.

10.35. Psicósomática y experiencias emocionales tempranas.

La psicósomática remite al funcionamiento somático y psíquico, presente como una unidad en todas las personas. En ese sentido, podemos hablar de unas interacciones y de unos diálogos que se establecen en diferentes niveles, complementarios entre sí: entre el entorno y el organismo; entre el funcionamiento del cerebro y las actividades mentales; y entre el yo y el otro, y el sí-mismo.

La psicósomática remite también a los trabajos de investigación básica de la psicofisiología y a aquellos desarrollados desde la clínica psicológica y psicoanalítica que señalan, en ciertos sujetos, la existencia de una fragilidad psíquica que facilitaría una desorganización somática capaz de afectar negativamente funciones, sistemas u órganos,

ante determinadas experiencias vitales, producidas en el contexto de la interacción del sujeto con su entorno y consigo mismo.

Por sus efectos en la organización evolutiva del psiquismo y por la necesidad de determinar los aspectos que debemos de cuidar prioritariamente en una persona enferma, investigamos los diferentes factores, de naturaleza psíquica y emocional que, en combinación con otros biológicos, y en el contexto de la interacción con el ambiente psicosocial, están implicados en la aparición, mantenimiento o agravamiento de la patología somática, desde la perinatalidad.

La patología psicósomática puede manifestarse con *alteraciones funcionales*, como pueden ser en la infancia la mayor parte de las anorexias infantiles, los espasmos del sollozo y los trastornos del sueño, ó con *patologías lesionales* que pueden comprometer seriamente la salud.

En ambas expresiones, ciertas experiencias interactivas desarrolladas con el entorno cuidador desde la vida prenatal pueden estar implicadas como desencadenantes, mantenedoras ó agravantes de la patología somática, desde una perspectiva plurifactorial.

Tanto en el niño como en el adulto se encuentran dos modelos básicos de la expresión somática puestos en oposición: la conversión histérica y la patología psicósomática, en sus manifestaciones funcionales (F45 en el DSMV-CIE10) o lesionales (F54 en el DSMV-CIE10).

La patología psicósomática comprende desórdenes físicos auténticos. No puede ser leída según el modelo simbólico de la neurosis histero-conversiva. Por ejemplo, la crisis de asma no es una simbolización respiratoria de la angustia, aunque la provoque o pueda ser desencadenada por ésta, y el retraso en el crecimiento por sufrimiento psicológico, no puede ser interpretado como un rechazo del niño a crecer.

Como decíamos antes, el bebé no sólo es, desde antes de nacer, un buscador de otro ser humano, sino también un buscador de sentido nuevo. Su psiquismo trabaja desde que se lo permite su desarrollo cerebral, estableciendo enlaces entre un efecto somatoemocional sentido/percibido y su posible origen. De éste modo y con ésta lógica, limitado por la información de la que dispone en los primeros tiempos de su vida, el malestar somático, de origen distinto en cada caso, podrá quedar enlazado, por ejemplo, con la huella del alimento pasando por la boca y el tracto digestivo, y derivar en un rechazo alimentario. La relación causa efecto que puede haber establecido en ése primer tiempo, es que su malestar estaría directamente ligado a la presencia del alimento. Rechazar o expulsar el alimento permitiría, según esa lógica, acabar con la fuente del malestar. El enlace también puede establecerse con otros elementos de su experiencia, como es el cuidador.

10.36. Vulnerabilidad Psicósomática.

Aunque en esta exposición nos referiremos a algunos aspectos del funcionamiento mental psicósomáticamente más vulnerable, es necesario dejar bien claro que cualquier persona puede, ante el impacto de una determinada experiencia traumática, súbita ó continuada, descompensarse psíquica y somáticamente, sea cual sea su organización psíquica y su nivel previo de mayor o menor vulnerabilidad.

En el marco de una intervención interdisciplinar, la labor clínica de los psicopatólogos de bebés y de niños está encaminada a identificar la presencia de experiencias vitales y de modalidades de funcionamiento psíquico asociadas que, en el ámbito de la interacción, pueden condicionar la aparición ó la evolución de una enfermedad somática. Su detección, su evaluación y su tratamiento psicoterapéutico especializado, persigue obtener la mejor recuperación psíquica y somática posible (Palau, 2000, 2003a, 2004, 2005, 2006, 2007a-c, 2009-a-b, 2010a-b, 2011-b, 2013a-b)

La Escuela de psicopatología de París, fundada por Marty (1992-1995), tan fecunda en la investigación clínica y en el tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico de las patologías somáticas en bebés, niños, adolescentes y adultos, a lo largo de sus 55 años de existencia, ha identificado factores emocionales y psíquicos de riesgo, de entre los cuales sólo citaré algunos:

La prevalencia de un Yo-ideal rígido; fragilidad en la constitución del narcisismo primario ó amor propio temprano en el ámbito relacional; presencia de experiencias precoces traumáticas (experiencias que desbordaron al psiquismo temprano en su capacidad de metabolización (puntos 10.16, 10.13, 10.20, 10.21, 10.29); hipersensibilidad receptiva; baja percepción y discriminación de las sensaciones y sentimientos propios (Alexitimia de Sifneos (1993), (punto 10.2); hiperreactividad somática ante los conflictos de la interacción junto a una bajo nivel de expresividad verbal de los afectos sentidos; tendencia a la confusión e identificación con el agresor; un amor propio apuntalado en *el hacer* ó comportamiento y no en el *ser* emocional; en ciertos casos una organización psíquica denominada alérgica esencial en la que predomina la reduplicación proyectiva con el otro; la presencia de angustias difusas y automáticas; la negatividad; la depresión esencial, la vida operatoria con un estilo de comportamiento sobreadaptativo, etc.

En la Escuela de psicopatología de París se considera que un déficit significativo en el nivel de desarrollo de la mentalización y, en particular, en la constitución de un preconsciente frágil e irregular en su funcionamiento, puede derivarse de ciertas experiencias emocionales traumatógenas sufridas tempranamente por el bebé y niño pequeño. Experiencias ante las que se activan procesos de desconexión de la percepción de la sensorialidad y emocionalidad, junto con una reducción considerable de la expresividad emocional que, al cronificarse, pueden generar un déficit en la organización psíquica y cerebral (Palau, 2000, 2007, 2010).

Además, se considera que ante la exposición a ciertas experiencias interactivas de naturaleza traumatógena o reactivadoras de experiencias traumáticas muy tempranas, existe en ciertas personas una propensión a activar procesos intensos de retracción libidinal que pueden conducir a una desobjetalización y desmentalización, que pueden facilitar una somatización.

Clases de depresión.

En el campo de la psicopatología la clase de las depresiones comporta una gran cantidad de géneros. La puesta en orden de ésta diversidad clínica varía según la lectura nosográfica utilizada y la concepción que el investigador se ha construido del funcionamiento mental y de sus desórdenes patológicos. La depresión esencial es un producto de la investigación psicopatológica.

10.37. La Depresión Esencial

En el contexto de un funcionamiento mental que resulte vulnerable o de riesgo de somatización, cabe resaltar de manera especial la Depresión Esencial (Marty, 1976) por encontrarse directamente relacionada con las consecuencias de la intensa utilización de los mecanismos antipercepción y de retracción libidinal, objeto de análisis en la presente tesis, y por considerarse una consecuencia de acontecimientos traumáticos que desorganizan un cierto número de funciones psíquicas a las que desbordan en su capacidad de elaboración (Smadja, 2001; Kreisler, 1992a; Palau, 2007c).

En el capítulo de la depresión esencial del libro “El orden psicósomático” Marty (1980) propone la siguiente definición:

La depresión esencial, que acompaña regularmente el pensamiento operatorio, traduce la disminución del tono de los instintos de vida... Se la califica de esencial en la medida en la que la disminución de ese tono se encuentra en estado puro, sin coloración sintomática, sin contrapartida económica... la depresión esencial reenvía no sólo a unos fenómenos precoces, sino también a las dificultades de la existencia primaria.

Su identificación clínica se produce en 1962 en “L’investigation psychosomatique” (Marty, De M’Uzan & David) y su descripción sistemática en 1966 por Marty. La gran importancia teórica y clínica de la depresión esencial, que no se encuentra sólo en la vida operatoria, proviene de su valor semiológico en las desorganizaciones contra evolutivas que exponen seriamente a un riesgo de somatización. De ahí el interés de una detección precoz para evitar la aparición de numerosas y, frecuentemente graves, enfermedades somáticas que, en el contexto plurifactorial, pueden ser su consecuencia (Smadja, 2001).

10.37.1. Depresión silenciosa.

La Escuela de Psicósomática de París plantea que la depresión esencial intensa y prolongada expone al sujeto a un riesgo de desorganización psicósomática que puede afectar a su salud física y psíquica de un modo silencioso.

¿Por qué silencioso? Porque la depresión esencial cursa con unas reducidas manifestaciones emocionales de sufrimiento psíquico. Por una parte el sujeto se mantiene plenamente activo con sus compromisos laborales ó sociales, y por otra sufre una “hemorragia” silenciosa de su capacidad vital de disfrutar de lo que hace, de los demás y de sí-mismo.

De éste modo, la depresión esencial se manifiesta en negativo, produciendo efectos, metafóricamente similares a los que produce un agujero negro en el espacio, cuando éste, en su dinámica implosiva absorbe las estrellas de su alrededor y produce una área caracterizada por la falta de luminiscencia, consecuencia de una dinámica de auto-atracción gravitatoria centrípeta que engulle y hace desaparecer tanto su propia luz como la que pueden ofrecerle los cuerpos más cercanos.

Así pues, ante determinadas circunstancias que afectan de manera traumática, el núcleo vitalizante del ser humano se repliega sobre sí mismo mediante una retracción que podrá llevarle a una intenso y masivo desinvertimiento libidinal del objeto y de sí mismo, y a una desintrincación pulsional, de graves consecuencias para su vida psíquica y somática (Palau, 2007).

¿Pero, por qué seguir por ése camino y no por el de la expresión del propio sufrimiento, compartida con el otro?

En el sujeto se reactivan mecanismos psíquicos muy tempranos, observables en los bebés en sus primeros meses de vida. En éstos bebés podemos observar la activación intencionada de una desconexión de sus percepciones sensoriales y físicas cuando éstas los exponen a una experiencia interactiva prolongada ó muy intensa, afectada por la angustia, el sufrimiento ó la violencia, propias ó/y del otro, que produce en ellos un efecto traumatógeno. Mientras su nivel de percepción-atención se reduce, el nivel de reactividad de la sensibilidad emocional interna (visible en las reacciones gestuales, mímicas o viscerales) aumenta ante las excitaciones exteriores, al disminuir la capacidad de elaboración mental.

El estudio de la depresión esencial, detectable en los primeros tiempos de la vida es fundamental para la comprensión de la patología psicósomática severa.

Considerada como referente clínico de las depresiones sin expresión, es necesario escuchar de otra manera la clínica de estos estados depresivos. Efectivamente, aquí no escuchamos ni expresión de un sufrimiento psíquico, ni culpabilidad, ni sentimiento de inferioridad, ni siquiera angustia manifiesta.

Smadja (2001) señala que en el adulto la depresión sin expresión se revela a través de la fatiga, una *fatiga tenaz* que se convierte en cansancio ante la vida, en relación a todas las cosas ordinarias de la vida. La depresión sin expresión se revela también a través de un estado de *tensión* que los pacientes llaman algunas veces estado de estrés. Se trata de un estado mediante el cual hablan de su incapacidad para dejarse llevar ó relajarse y encontrar el sosiego en su interioridad. La depresión sin expresión se manifiesta a veces a través de un *malestar vago, difuso y persistente*, análogo a los estados de angustia difusa.

En estos estados depresivos, que se acompañan muy a menudo de trastornos del sueño, se encuentran frecuentemente diversas *quejas corporales*. El cuerpo se impone así, al contrario del psiquismo, como un objeto de expresión dolorosa (Smadja, 2001).

10.38. Los efectos de la angustia difusa temprana

Observable desde la infancia, la angustia de naturaleza difusa es la vivencia que antecede y precipita la caída en la depresión esencial (Marty, 1992). Deriva de ciertas experiencias de la interacción de efecto traumático para el psiquismo temprano, y de factores físicos generadores de sufrimiento prolongado. Se reactiva de manera automática posteriormente, al no poder ser enlazada de forma consciente a alguna causa concreta, al contrario de la angustia señal.

La angustia difusa, es una manifestación indicadora de una vivencia interna de desamparo psíquico del Yo temprano, que remite a experiencias emocionales que desbordaron y alteraron sus funciones de autorregulación somatopsíquica, y que puede permanecer como huella más o menos activa a lo largo de toda la vida, junto a otras características personales que la acompañan frecuentemente como efectos de la misma: la hipersensibilidad emocional ó hipervigilancia en los intercambios del sujeto con el mundo emocional de los demás; la hiperreactividad somática; la necesidad de una estimulación sensorial y motora frente a la dificultad para experimentar el sosiego ante el cese de la actividad psicomotora; y una gran dificultad para definir los límites del Yo en su relación con el otro, al que ni se atreve a decir No, ni a expresar lo que siente.

El temor ó susto a desencadenar una reacción de malestar emocional ó de rechazo en

el otro, paraliza la expresividad del sujeto y lo lleva a una actitud de mimetismo y de ocultamiento del sí-mismo, desde la cual antepone la satisfacción de la expectativa ajena, a la de sus propios deseos ó necesidades personales.

La angustia difusa podrá permanecer como un fondo ansioso que genera un estado de tensión basal, y que puede acompañar al sujeto como una segunda piel, con variaciones en la intensidad durante largos periodos de su vida, reapareciendo y desapareciendo en función de las experiencias vitales interactivas del momento, y de una mayor ó menor predisposición, derivada en gran parte de sus experiencias somatoemocionales tempranas.

Frente a ella y la excitación que produce, tanto el niño como el adulto poseen varias vías para intentar su cancelación:

La primera es el trabajo psíquico que permita establecer enlaces significativos que desarrollen una conciencia comprensiva acerca de sus causas y de sus efectos, construyendo de éste modo un sentido en el contexto de la experiencia interactiva.

La segunda vía es la de la descarga sensorio-motora, tan usada por los niños y ciertos adultos que no pueden parar su hiperactividad y su avidez de estimulación sensorial. ¿Por qué no pueden parar? Porque al parar se viven directamente confrontados con la vivencia de un estado tensional, o desasosiego, que permanece en ellos sin haber podido ser agotado o resuelto mediante la sobreactividad.

Ciertos comportamientos que buscan extinguir la tensión mediante la descarga motriz e intentan al mismo tiempo ligar la angustia a alguna experiencia significativa de peligro, han sido descritos por Smadja y Szwec (1993) con el nombre de *Procedimientos Autocalmantes*.

Procedimientos que se observan en todas las edades, y que buscan un agotamiento físico para neutralizar la tensión mediante su descarga sensoriomotora ó mediante conductas de riesgo, como sucede en el caso de ciertos deportistas, que intentan enlazar su angustia difusa con experiencias de peligro actual, y así convertirla, aunque sea de manera fugaz, en angustia señal.

Pero ¿qué puede suceder con la permanencia ó el recrudecimiento de la angustia difusa si ésta se manifiesta con una gran intensidad, apenas sentida por el sujeto?

Puede producir una desorganización de la capacidad de trabajo psíquico, empleado para la metabolización de las experiencias de desamparo traumático y llevarle a una verdadera parálisis psíquica.

Y ¿cuál puede ser la naturaleza de las experiencias desbordantes a las que puede vivirse expuesto el sujeto de forma muy temprana?

Entre otras, la experiencia de contagio, por resonancia ó en espejo, de un estado de angustia intensa y prolongada proveniente del cuidador, que produzca una excitación-tensión psicofisiológica, que desborde los recursos psíquicos tempranos disponibles para procesarla y acabe produciendo una experiencia traumática.

¿Qué sucede si el bebé no consigue ésa reducción de la excitación psicofisiológica?

Buscará simultáneamente una modificación de la experiencia emocional del cuidador, y una modificación de la percepción de los propios estados emocionales y sensoriales.

¿Qué sucede si no consigue modificar la naturaleza de su experiencia, ligada a la vida

emocional y psíquica del otro, y sigue viviéndose expuesto a ella de manera continuada?

Podrá usar, desde las primeras semanas de vida, unos recursos de desconexión de su perceptividad de la experiencia somatopsíquica dolorosa, y una supresión de aquella expresividad emocional que pueda alterar, aún más, el estado emocional del otro.

¿Qué sucederá si éstos mecanismos se mantienen mucho tiempo y con gran intensidad?

Podrá comenzar una experiencia de desamparo-pánico, por perderse la experiencia de investimento vital de la propia capacidad de seguir invistiendo el mundo de los afectos propios y de las representaciones afectivizadas del otro, y conducir a una cronificación de esos mecanismos.

El efecto que produce la pérdida de la propia vitalidad es hundir al sujeto en un estado de pánico-desamparo y de violencia muda, que generen un deterioro de la organización psíquica alcanzada hasta ése momento.

Éste hundimiento de la experiencia de vitalidad puede arrastrar al sujeto a una depresión esencial, que podrá alterar por sí-misma, ó en combinación con otros factores biológicos, el adecuado funcionamiento de la organización psicósomática (Marty, 1992).

En consonancia con nuestras observaciones clínicas, directamente relacionadas con las vivencias de lactantes expuestos a una depresión materna (que hayan generado micro-depresiones en el hijo y/o estados de fuerte angustia, tal como lo hemos recogido más arriba), Stern (1997) señala que en ciertos pacientes adultos se observa a menudo caídas, breves y abruptas de los afectos positivos, es decir micro-depresiones, sin que exista un desencadenante externo manifiesto. La investigación clínica, dice Stern, revela que en el momento de la caída brutal de las capacidades hedonistas, existe un recuerdo, un fantasma o una experiencia corriente, que consiste en una tentativa de identificación con alguien. Las dos partes asociadas provienen de dos “lugares” temporales, revelando una unidad coherente y singular de experiencia interpersonal. Se trata de *momentos-emergentes-de-estar-con* en los que el deseo de estar-con y el momento micro-depresivo han quedado unidos de forma inseparables desde el principio.

10.39. Crisis agudas de angustia automática generadoras de dolor y alteración neurovegetativa.

En la infancia, adolescencia y adultez, puede padecerse de manera imprevisible, intensas crisis de angustia automática, con importantes efectos depresógenos (Palau, 2007a-b).

Las crisis de angustia automática, somatizada de forma repentina, pueden observarse en algunos casos (adolescentes y adultos) como un dolor agudo intenso y profundo, localizado en una parte del cuerpo: zona del vientre, zona precordial, pulmonar etc., que puede repetirse frecuentemente, pudiendo llegar en ciertos casos a 6-8 crisis en un mismo día a lo largo de meses. La descripción realizada por pacientes adultos afectados por crisis de dolor agudo y profundo en el área precordial es: “como si me clavaran un puñal en la zona del corazón (o próxima) y me lo removieran dentro del cuerpo”.

Esta experiencia de dolor físico, tan imprevisible como intenso y repetido, suele producir gran miedo, cuando no pánico y, secundariamente, a pesar de que todas las investigaciones médicas descarten una etiología orgánica, una fuerte angustia hipocondríaca asociada a un estado de alarma.

La crisis de dolor físico muy agudo, y la angustia secundaria desencadenada, puede generar de manera casi inmediata un estado de parálisis emocional o sideración psíquica, que puede prolongarse, con intenso decaimiento del ánimo y del tono vital, varias horas e incluso varios días.

Otras manifestaciones posibles, que también producen mucha angustia, son las distonías neurovegetativas, que pueden producir intensas crisis de vértigo, más o menos paralizantes, observables sobre todo desde la adolescencia, aunque también se las encuentra en la infancia.

En unos casos, estas crisis sobrevienen por un incremento repentino y muy intenso de angustia automática o difusa, que reaviva una primitiva posición de indefensión. En otros, sucede ante la recepción de una violencia, emocional o/y física, de la que el sujeto no puede defenderse.

Las caídas bruscas y repetidas en estos estados desvitalizantes, pueden producirse sin una alteración física previa y no deben confundirse con crisis de histerificación conversiva.

10.39.1. Re-encuentro con el estado de tensión/angustia basal en tiempos de descanso.

¿Por qué me encuentro peor en vacaciones, si me apetece mucho que lleguen?

En los prolongados periodos de “descanso” o “inactividad” (vacaciones, puentes festivos etc.), en ciertos sujetos se producen, repetidamente, alteraciones del ánimo o humor y del “carácter”, acompañadas de alteraciones somáticas funcionales (estreñimiento, cefaleas, alteraciones digestivas e intestinales, etc.) o de descompensaciones de patologías preexistentes (diabetes, hipertensión, cardiopatías, rectocolitis úlcerosas, etc.).

La pérdida o desabastecimiento de situaciones “activadoras” (laborales, escolares, relacionales, etc.) que en la vida diaria aportan cierto nivel de estimulaciones cognitivas, sensoriales y emocionales, con el doble efecto de distraer y de animar somatoemocionalmente, reexponen al sujeto a la percepción angustiosa de un intenso estado tensional basal que inunda su estado general y lo arrastra hacia la desgana, la apatía y el malhumor (puntos 10.37 y 10.38).

La inundación de ésa intensa tensión basal estresora (punto 10.16), generadora de un malestar general difuso (que puede llegar a una vivencia de abatimiento o hastío), difícil de entender para el sujeto, el cual busca causas externas que lo justifiquen, precede, en mayor o menor medida, a un decaimiento del estado de ánimo, de la agilidad cognitiva y motora, de la experiencia emocional afectiva y lúdica, y del desarrollo de iniciativas que quedan postergadas o evitadas (aún más cuando son sentidas como exigencias o presión externa contrariante del anhelo de alcanzar y conservar un tiempo de sosiego reconfortante).

La auto-observación, desconcertada y angustiosa ante dicho estado de reducción de su vitalidad, de decaimiento del ánimo y de la afectividad tierna y, en ciertos casos, de postergación o evitamiento de proyectos o exigencias que ya no están asociados a la vitalidad sino al vacío de estimulación o motivación personal y, por tanto, a la expectativa subjetiva de tener que realizar con disgusto un sobreesfuerzo, lleva a una autocondena severa, muy despreciativa y desestimadora del sí-mismo, que agrava aún más el malestar general y la irritabilidad asociada al mal humor, pudiendo llevar a descargar sobre otros el

propio resentimiento y auto-desprecio. La utilización de recursos autocalmantes que puedan generar un efecto reanimador es muy frecuente en ésta situación.

La observación externa del comportamiento asociado a ése decaimiento, que se inicia frecuentemente en el bebé o en el niño/a pequeño/a, lleva a menudo al observador que se siente contrariado y/o inquieto, a la explicación de que se debe a una tendencia voluntaria de oposición y rebeldía disfrazada, de holgazanería o vagancia y/o falta de interés hacia los proyectos propuestos.

El juicio severo y condenador, recibido una y otra vez de ése otro, que recaerá sobre el niño hasta quedar intensamente internalizado como modelo de representación negativa de sí mismo y de su estilo de relación con los demás muy cercanos, seguirá persiguiendo y maltratando después a la conciencia del niño, del adolescente y del adulto, cuando se reencuentren de nuevo ante la alteración sufrida y la impotencia sentida intentando evitarla.

Tanto el niño como el adolescente o el adulto afectados por éste estado sufrirán al no encontrar una comprensión benevolente y auxiliadora, proveniente de un otro que les anime, les ayude a entender el origen de su malestar y los descargue de la tendencia a la autocrítica severa y maltratante, que se activa en forma de autorepudio en los momentos de mayor sufrimiento, desvalimiento y desánimo.

10.40. Interacción temprana, ansiedad y decalaje temporal, desde la perspectiva de la psicoimmunología.

Veamos los resultados de algunas investigaciones llevadas a cabo con animales, y expuestas por Ameisen (2002), profesor de inmunología de la Universidad Diderot.

En un estudio que aborda la ansiedad, Darlene, Diorio, Liu & Meaney (1999), se preguntan si existen circunstancias en las que un mismo estado emocional mental pueda ser provocado por una modificación del entorno externo, ó por una modificación interna del cuerpo. Esta es una síntesis de las preguntas y de las respuestas, que Ameisen formula en torno a dicha investigación:

¿El grado de ansiedad de un individuo está ligado a su historia personal, y/ó a factores genéticos?

Hace unos años fueron identificados, en las ratas, linajes genéticos en los cuales todos los adultos tenían un comportamiento particularmente ansioso, y otros en los cuales todos los adultos tenían un comportamiento relativamente sereno. Y como en estos linajes, tanto la ansiedad como la serenidad se propagaban de padres a hijos, se consideraba que los niveles muy diferentes de ansiedad estaban determinados genéticamente.

Lo que resultaba interesante era, nos dice Ameisen, que esos niveles hereditarios de ansiedad correlacionaban desde un punto de vista mecanicista y molecular, con diferencias al nivel de la expresión de ciertos receptores de neuromediadores, en determinadas regiones del cerebro.

Dicho de otra manera, nos sigue diciendo, cuando se hacen cortes del cerebro de los adultos, aquellos que son ansiosos no presentan la misma cantidad de receptores que aquellos que no son ansiosos. Desde ésta perspectiva, existe una correlación biológico-comportamental que, siendo hereditaria, parece estar genéticamente determinada.

¿Cuál es la naturaleza de los genes implicados?

Para intentar contestar, los investigadores han realizado la experiencia siguiente: han

retirado de sus madres, nada más nacer, a los recién nacidos que formaban parte de un linaje ansioso y los han hecho criar por unas madres de sustitución, pertenecientes a un linaje sereno.

No solamente los pequeños devenían adultos serenos, sino que su cerebro adulto presentaba las características del cerebro de los adultos del linaje sereno.

Más sorprendente aún: si el pequeño del linaje ansioso, criado por una madre de sustitución del linaje sereno, es una hembra, ella parirá y criará unos pequeños que serán unos adultos serenos, cuyo cerebro tendrá las características del cerebro del linaje sereno.

Dicho de otra manera, existe transmisión hereditaria de un comportamiento (ansioso ó sereno), pero esta transmisión no es del orden genético. Es el comportamiento de la madre el que influencia la estructura del cerebro y el comportamiento futuro de la cría.

La experiencia inversa también fue hecha: se tomó un ratón recién nacido del linaje sereno, y se le dio a criar a una madre de sustitución del linaje ansioso. No sólo el adulto deviene ansioso y su cerebro adquiere las características del linaje ansioso, sino que en el caso de que sea hembra, sus pequeños se convertirán en adultos ansiosos.

J. C. Ameisen extrae de todo ello dos nociones muy importantes:

La primera, es que la naturaleza del entorno exterior, encontrado muy precozmente (el comportamiento de la madre), va a producir una afectación biológica extremadamente importante que *puede producir la ilusión de que existen poderosos determinantes genéticos actuando* en la cría.

La segunda noción, es que ésta impronta precoz y muy transitoria, que imprime el entorno exterior, va a ejercer un efecto muy duradero que influye el comportamiento del adulto, y que cuando se trata de una hembra, ésta tiene la capacidad de influenciar de manera semejante y duradera a sus pequeños.

Se trata por tanto de un fenómeno que puede considerarse, nos dice J. C. Ameisen, como una transmisión “cultural” de comportamientos emocionales “normales” ó “patológicos”, que se acompañan en el pequeño con el desarrollo de una estructuración diferente de ciertos aspectos del cerebro.

Ésta estructuración particular del cerebro del pequeño, en respuesta al comportamiento maternal ¿Es la causa del comportamiento ulterior “normal” ó “patológico”, que adopta el pequeño al llegar a adulto?

En otro momento de su artículo, Ameisen cita una investigación en la que, de manera transitoria, se silencia la actividad de un gen ligado a un receptor de la serotonina. Cuando se silencia la actividad de este gen en los días siguientes a su nacimiento, la cría se volverá ansiosa en la edad adulta. Sin embargo cuando se silencia la actividad del gen en la edad adulta, no se produce un aumento de la ansiedad.

En este caso, nos dice él, nos encontramos ante la influencia ejercida por el entorno interno, es decir la capacidad del recién nacido para fabricar o no un receptor para un neuromediador. En los dos casos sin embargo, como imágenes en espejo, un acontecimiento precoz que se produce durante un periodo relativamente breve, va a ejercer una influencia duradera.

En los dos casos existe un decalaje temporal importante, entre el momento en el que se produce el acontecimiento y el momento en el que sus consecuencias, detectables en materia de comportamiento, van a comenzar a manifestarse.

¿Cuál es la razón de este decalaje temporal? Y ¿por qué el defecto de fabricación de este receptor de la serotonina no tiene ninguna consecuencia comportamental detectable, si comienza en la edad adulta?

Al parecer, nos dice, la presencia o la ausencia de este receptor no ejerce un efecto directo notable sobre el nivel de ansiedad.

Sin embargo, la presencia o la ausencia de este receptor parece influir sobre las modalidades de construcción de las redes de sinapsis en la pequeña infancia. Dicho de otra manera, la presencia o ausencia de este receptor, a lo largo de la pequeña infancia, va a modificar en parte la arquitectura de las redes neuronales, y es esta arquitectura la que ejercerá después una influencia sobre la respuesta del adulto a su entorno exterior, y por tanto sobre su nivel de ansiedad.

De todo ello, extrae varias nociones importantes:

- La primera es que un mismo grado de ansiedad - un mismo nivel de respuesta emocional - puede tener su origen en un comportamiento maternal externo, o en una modificación genética interna. Y también ahí, podemos imaginar la riqueza de los bucles de interacciones complejas que pueden participar en los diálogos y las amplificaciones o al contrario inhibiciones recíprocas entre esas influencias externas y las internas.
- La segunda noción es que puede existir una gran disociación temporal, es decir una gran latencia, entre el efecto observable y la causa que lo ha provocado.
- La última noción, muy general en biología, es que la naturaleza de la respuesta de un individuo a un acontecimiento externo o interno dado, es muy variable en función de su estadio del desarrollo. En otros términos, existen ventanas temporales de susceptibilidad o resistencia, de fragilidad o de fortaleza.

Reflexiones personales alrededor del trabajo de C. Ameisen:

En la actualidad comienza a revelarse la naturaleza extremadamente compleja de las relaciones entre el funcionamiento del cerebro, el funcionamiento del cuerpo en su conjunto, y los estados emocionales y mentales que el cerebro y el cuerpo producen y experimentan. Esa naturaleza, especialmente compleja de interacciones entre el adentro y el afuera, entre el pasado y el presente, entre la historia individual y la herencia genética y cultural, es hoy en día el campo en el que necesita moverse la comprensión psicosomática perinatal de la salud y de la enfermedad.

Pero en la vida del bebé no es suficiente la exposición precoz y prolongada a una experiencia de angustia materna/paterna para que se genere necesariamente un factor de vulnerabilidad psicosomática, puesto que además de la naturaleza de los recursos defensivos desencadenados en cada bebé, la exposición a la angustia materna/paterna puede combinarse con otras circunstancias externas e internas.

Así pues, puede combinarse con una afectación física neonatal generadora de sufrimiento prolongado que desencadene angustia y depresión en el bebé; con una depresión materna post-parto; una experiencia obstétrica traumática; la utilización crónica, por parte de la madre ó del cuidador, de una tendencia a la supresión más o menos intensa de los recursos perceptivos y expresivos de su mundo emocional, que él o ella tenderá a cultivar también, de manera inconsciente, en el bebé; con una mayor ó menor tendencia crónica a la negativización de los encuentros placenteros y de sus representaciones, unido a la tendencia a convertir en padecimiento la experiencia ligada al cuidado del bebé; con la presencia de un duelo no elaborado ligado a pérdidas perinatales ó infantiles y, entre otros factores, con el mayor ó menor apoyo de la pareja, de la familia y de lo social, como factores protectores que pueden modular el impacto del sufrimiento.

10.41. Vida fetal, psicosomática y procedimientos autocalmantes.

El interés por la perinatalidad ha ido desplazándose en las últimas décadas, desde la situación materna en la gestación y en la crianza, al bebé recién nacido y al prematuro, hasta centrarse en la vida del feto (Missonnier, 2003).

La atención se ha centrado principalmente en la vida psicológica de la madre durante la gestación, sobre los acontecimientos afectivos estresantes, depresógenos y/o traumáticos que haya podido padecer, y su posible repercusión sobre el desarrollo neurocomportamental del feto.

Para Soulé (1999) la vida prenatal merece ocupar en nuestra ciencia el lugar legítimo que le pertenece, aquel del primer capítulo de la biografía verdadera de la persona humana y no de preámbulo o de prehistoria.

Desde esta perspectiva resulta necesario construir una clínica del desarrollo global del feto, puesto que no sólo existe un feto reconstruido teóricamente a partir de la observación del niño, sin que también existe un feto real, al que va accediendo el conocimiento científico (Missonnier, Blazy, Boige & Tagawa, 2012).

En el periodo prenatal se producen elaboraciones psicobiológicas que no se manifestarán más que después del nacimiento. Elaboraciones que pueden ser comprendidas, junto a los elementos del desarrollo del bebé, como el resultado de un sistema interactivo arcaico, desordenado o caótico, y contradictorio con unos acompañantes que interactúan a veces de forma divergente (Missonnier & al., 2012).

Los avatares sobrevenidos en la tríada biológica madre-feto-placenta, pueden tener consecuencias sobre el desarrollo fetal, pero también podrán ser retomados después del nacimiento en el plano de la relación bebé-madre-padre.

Las dificultades que la madre haya padecido y que no hayan sido atendidas en la gestación, deberán de ser abordadas en el post-parto. No sólo hay continuidad entre los avatares ligados a las interacciones de la vida intrauterina y la vida extrauterina, sino también entre el pre-parto y el post-parto. Los síntomas precoces del bebé pueden ser las primeras señales de unas dificultades que conciernen tanto a la madre como al bebé y que podrían tener su origen tanto en el tiempo de gestación como en el neonatal.

Los síntomas psicosomáticos precoces que manifiesta un bebé, como pueden ser las preformas de los espasmos del sollozo dentro de la primera semana de vida (Palau, 2011b), puede ser una manifestación directa de una experiencia de malestar emocional compartido, con una madre afectada en el parto ó en el post-parto, y en otras ocasiones de un malestar instalado en ambos ó en él sólo, en el tiempo de la gestación.

Discernir la naturaleza, el origen y la cronología de aparición de los factores presentes y recombinados en la espiral de interacciones entre madre-feto/niño y padre, resulta de especial importancia a la hora de intervenir.

La idea de que el bebé ó el niño, “es así desde que nació”, lleva frecuentemente a la interpretación de que las manifestaciones precoces de alteraciones psicosomáticas están determinados genéticamente, obviando que la precocidad receptiva y perceptiva del bebé desde las primeras horas y días siguientes a su nacimiento, le permite entrar en contacto con el mundo emocional de quien lo cuida, desde una gran sensibilidad somatopsíquica.

No debemos de olvidar que, tanto la madre como el feto y después el bebé, pueden afectarse mutuamente. Las dificultades neonatales inesperadas, generadoras de angustia para la madre y para el bebé, pueden convertirse, sin ayuda, en una espiral de transacciones emocionales perturbadoras en ambos sentidos. De éste modo, tan importante es detectar la alteración en la madre, como en el bebé ó en el feto, y en el padre.

La detección precoz en madres, de la tendencia inconsciente a suprimir la expresividad y la perceptividad tanto emocional como sensorial, en sí mismas, resulta especialmente importante puesto que sus dificultades cursan, la mayor parte de las veces, sin las manifestaciones emocionales positivas correspondientes al nivel de angustia que padecen internamente. Las consecuencias pueden ser una descompensación somática propia ó una alteración de la vida fetal, derivadas del estado tensional que padecen frecuentemente sin darse cuenta.

Aunque las manifestaciones a las que tiene acceso nuestra experiencia clínica son aquellas ligadas a las expresiones psíquicas y comportamentales, observables en la vida postnatal, éstas tienen un soporte biológico y una vivencia corporal cuya historia comienza en la vida fetal.

Los trastornos psicósomáticos precoces, que el bebé manifiesta en la interacción con su madre, se enmarcan en una historia triádica iniciada en la gestación y entretrejida con la historia infantil y reciente de la madre y del padre.

Como decíamos anteriormente (*punto 9.38*), los procedimientos autocalmantes buscan acabar con una tensión-excitación somatoemocional, basal y difusa, generada y experimentada desde una posición de indefensión temprana, mediante su descarga sensoriomotora, para sustituirla por una experiencia sensorial activada por el Yo, el cual, a través de ella, experimenta una posición de control que lo rescata de la posición de indefensión en la que se encontraba hasta entonces.

Los procedimientos autocalmantes, descritos por Szewc y Smadja (1993), pueden en ciertos casos, inscribirse como una prolongación de procesos psicofisiológicos precursores muy precoces, que ya funcionan como sistema de descarga en la vida fetal.

En ése sentido, Soulé (1999) encuentra en la observación ecográfica del feto, movimientos de sacudidas en salvas, que podrían tener una función comparable:

- Movimientos de la boca como bostezos de carpa y movimientos de la cara.
- Movimientos de pedaleo, de flexión de la mano y del antebrazo.
- Movimientos de los hombros, de estirar la cabeza hacia atrás, de estiramiento del raquis.
- Movimientos diafragmáticos en salvas, de cinco a seis minutos como una hiperpnea, desde la edad de los seis meses.

(En nuestra experiencia clínica, la aparición del hipo fetal de manera frecuente y prolongada a los largo de días (registrado en un caso) en coincidencia con un dolor físico, intenso y prolongado en la madre, podría ser considerado como un posible “mecanismo de descarga” de la tensión (*Palau, 2006*).

Siendo estos movimientos significativos de una tendencia a la descarga, reveladora de un estado tensional, relacionables con un estado de ansiedad materna, no son sin embargo, en mi opinión, suficientes para que se instale necesariamente un

comportamiento postnatal en el que encontremos la utilización prevalente y crónica de los procedimientos autocalmantes.

Otros investigadores de la vida fetal también encuentran una modificación de los patrones de comportamiento en los fetos, de madres afectadas por un estado de ansiedad intensa y prolongada, que podría relacionarse con la activación intraútero de los primeros mecanismos neurocomportamentales activados para protegerse del estrés fetal o malestar fetal. Los estudios de Grainic-Philippe & Tordjman (2009) “Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l’enfant », citados por Candilis (2011) en su libro « Rencontre avec T. Berry Brazelton. Ce que nous apprennent les bébés », señalan distintas reacciones de sobreestimulación o subestimulación en bebés sometidos a una misma estimulación. El stress materno tendría como consecuencia trastornos de la regulación, pero éste se manifestaría de forma distinta según cada individuo.

Estos mecanismos podrían ser los precursores de la actividad intrapsíquica de defensa del Yo postnatal, consistente en activar una desconexión de la percepción-atención somatoemocional, claramente observable en aquellos bebés que buscan tempranamente defenderse de sus estados de intenso malestar (Palau, 2009, 2010, 2011).

Activación defensiva que se observa en la reacción de los bebés recién nacidos ante la estimulación sensorial que se les produce estando dormidos, aplicando la sub-escala de la Escala Neonatal de Brazelton (1995) que evalúa el Sistema regulador del estado, es decir la capacidad del neonato de regular sus estados de conciencia ante la percepción de ligeros estímulos ambientales auditivos, táctiles y lumínicos molestos, mediante el mecanismo de la habituación, el cual implica un procesamiento y una respuesta con el fin de poder seguir durmiendo.

¿Desde cuando se encuentra disponible ésta capacidad?

Según Garzón, Machuca, Riaño, & Cristo (2005), en los bebés prematuros de 34 semanas de edad gestacional el sistema regulador del estado responde y se habitúa a los estímulos presentados (luz, sonido, punzar el pie) de manera constante y adecuada. En la gestación las reacciones a la luz, el sonido y los estímulos táctiles se darían alrededor de las semanas 19 y 26, indicando que el sistema sensorial es uno de los que tiene mayor madurez en el momento de nacer.

10.42. La experiencia perceptiva y relacional desde la prematuridad: sufrimiento emocional precoz compartido y estrés negativo para el bebé.

Cuando una gestación se acorta se rompe el desarrollo de su gestación psíquica de la madre y el proceso de maternalidad corre el riesgo de verse interrumpido, puesto que ella no ha podido recorrer todo el camino facilitador de la regresión e integración de los contenidos emocionales y sensaciones físicas, derivadas de los cambios de su cuerpo y de las manifestaciones del feto. Su actividad fantasmática de ensoñación-gestación y de comunicación emocional interior madre-feto se interrumpe, dificultando la vivencia y el trabajo psíquico de recibimiento del niño real. Esta interrupción de la comunicación interior madre-feto, agravada por la separación física sobrevenida tras el nacimiento del bebé, puede desencadenar verdaderos traumatismos que encuentran su similitud en las descripciones de un síndrome de estrés post-traumático.

La experiencia de la prematuridad expone al bebé a una multiplicidad de estímulos recibidos/percibidos que requieren de un gran trabajo de integración neuropsicoemocional. Se trata de una experiencia de recepción prematura de estímulos sensoriales, procedentes

del exterior y del propio cuerpo con sus equivalentes somatoemocionales, y de estímulos emocionales externos, que impactarán la percepción-atención del Yo y activarán medidas defensivas, psíquicas y comportamentales, para intentar protegerse de ellos.

La complejidad estimular a la que se enfrenta el bebé, dotado aún de insuficientes recursos para su integración o metabolización psíquica, dificulta tanto la co-regulación de su propio estado somatoemocional como el de sus cuidadores. Ambos, necesitados de un entorno capaz de desplegar una función maternal protectora, que los ayude en el trabajo de co-regulación somatoemocional de la interacción y de las vivencias somatoemocionales compartidas, se encuentran con demasiada frecuencia, desasistidos, cuando no desamparados, ante la angustia traumatógena experimentada. Resulta pues primordial, en esos casos, la constitución de una “envoltura psicosocial” protectora que ayude a co-regular y metabolizar las excitaciones sobrantes.

10.43. Un nuevo abordaje: la importancia de atender el estrés parental en la prematuridad, desde los servicios neonatológicos.

Como señala Catherine Vanier en su libro “Naitre prématuré. Le bébé, son médecin et son psychanalyste” (2013), las investigaciones realizadas sobre la evolución de los bebés prematuros, comparada con la población de bebés nacidos a término, pusieron en evidencia, en un primer tiempo, la existencia de un mayor porcentaje de trastornos sociales, emocionales, cognitivos, dificultades de comportamiento y retrasos en el aprendizaje escolar (Wolke, 1998; Chapieski, 1997; Anderson, 2003).

También aparecieron los estudios que señalaban una importante relación entre la gran prematuridad y los trastornos del espectro autista (Halsey, 1996; Bhutta, 2002). Esos primeros estudios, que sostenían que la causa principal de una evolución autística era de origen neurológico, planteaban una perspectiva muy pesimista sobre la evolución de los grandes prematuros, a pesar de no presentar un daño cerebral evidente. Sin embargo, un porcentaje muy elevado de grandes prematuros evolucionaba de manera muy favorable sin ningún rasgo de ésta patología.

Como señala C. Vanier, los argumentos de quienes se decantan por la única hipótesis de una etiología orgánica, ante la evolución del grupo con manifestaciones del espectro autístico, sin ninguna evidencia de daño orgánico, son que los medios de detección del supuesto daño orgánico aún no son capaces de poder detectarlo.

Sin embargo, señala ésta autora, otras investigaciones, que en su metodología tienen en cuenta las diferencias que se producen en la experiencia del bebé con su entorno, y de manera muy especial con la madre, han venido a complejizar el asunto. De tal manera, que hoy en día nos encontramos ante un nuevo abordaje de la prematuridad que se sitúa entre lo orgánico, la relación madre-bebé y el entorno médico-bebé (Zelkowitz, 2009; Muller-Nix, 2009). Las conclusiones de dichas investigaciones señalan *el impacto de la prematuridad sobre los padres* y plantean la necesidad de ampliar nuestros puntos de vista sobre la complejidad del tema.

También llega a la conclusión de que, los trastornos de socialización, de la regulación emocional y del déficit de atención, no pueden ser explicados únicamente desde un punto de vista genético o desde un punto de vista neurocognitivo. Samara (como nosotros) piensa que es necesario trabajar la cuestión del impacto del estrés en los padres de los niños prematuros.

C. Vannier plantea que los padres impactados por la prematuridad también se encuentran con un bebé que ha sufrido aquello que ha vivido en los primeros meses de vida, y la comunicación se vuelve más difícil (también planteado por Golse y Keren, (2000) y Golse (2006).

La ansiedad parental (Zelkowitz, 2007) y la aparición de un síndrome de estrés post-traumático comprometería el encuentro con el niño (Kersing, 2004).

Como señala C. Vanier, el rol del equipo neonatal ha sido objeto de numerosos estudios acerca de los bebés (Pierrehumbert, 1996; Vaivre-Douret, 2004) y de los padres, para intentar aliviar un poco la experiencia traumática (Muller-Nix, 2004).

En los últimos años se ha publicado abundante literatura respecto a la evolución neurológica a largo plazo de los recién nacidos prematuros (Perapoch et al. 2006; Sizun, Westrup, & the ESF Network Coordination Committee, 2003; Ministerios de Sanidad y Política Social, 2010; Garzón, Machuca, Andrea, Riaño & Cristo, 2005; Papí, Pallás, Aguayo & Maldonado, 2007).

Cada vez existe mayor convencimiento de que las mal llamadas mínimas morbilidades, se relacionan, entre otros factores, con los cuidados proporcionados tras el nacimiento. La exposición a un medio hostil, como es una unidad de cuidados intensivos, dificulta la organización psíquica y cerebral en desarrollo.

El impacto emocional que experimentan los padres y los bebés en estas situaciones, altera el proceso de crianza y de apego. La implantación de los llamados cuidados centrados en el desarrollo del niño (CCD), como el método Madre Canguro o el NIDCAP, a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad, es la iniciativa que están desarrollando muchos hospitales concienciados de los daños emocionales, psíquicos y neurológicos que deben evitarse (Heidelise, et al. 2004).

Éste abordaje implica una concepción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente. Desde ésta concepción, los CCD deben desarrollar intervenciones dirigidas a optimizar el macroambiente (luces, ruidos, etc.), el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulación, dolor) y facilitar que la familia tenga el mayor papel en el cuidado principal, mientras se le ofrece el suficiente apoyo psicológico, más allá del tiempo de ingreso del bebé.

10.44. Algunos factores perinatales de riesgo, que pueden alterar la interacción madre/padre-bebé, y desembocar en una patología psicósomática neonatal o infantil y comportamental:

- Experiencias angustiosas/depresógenas ligadas a procesos de reproducción asistida.
- Muertes perinatales anteriores.
- Gestaciones de riesgo.
- Prematuridad.
- Parto traumático.
- Las depresiones maternas pre y post-natales.
- Las psicosis puerperales.
- Anuncio pre/postnatal de enfermedad o discapacidad.

- Alteración emocional en el padre y depresión pre y post-natal.
- Acontecimientos vitales generadores de sufrimiento materno ó estrés nocivo (duelos, conflictos de pareja, factores familiares, sociales o laborales).
- Reactivación de experiencias emocionales dolorosas de la vida del bebé/niña que fue la madre (transparencia psíquica).
- Alteraciones psicósomáticas pre y post-parto.

10.45. Sufrimiento neonatal compartido y co-regulación de la angustia.

La mayor “transparencia psíquica” desarrollada durante la gestación (Bydlowski, 2000), expone a la madre a una mayor vulnerabilidad ante las experiencias de sufrimiento, derivadas de la interacción con el mundo externo ó ante aquellas, reactivadas, provenientes de su mundo infantil.

Los recursos reguladores de la homeostasis que el psiquismo del bebé utiliza para mantener su equilibrio ante los estímulos externos y endosomáticos, pueden quedar fragilizados por diferentes causas en el tiempo de la gestación, del parto y de la vida post natal.

Tanto del lado de un bebé, como del lado de una madre afectada por una experiencia traumática en el tiempo de la gestación, parto o postparto, puede transcurrir un tiempo hasta que los efectos del trauma eclosionen o se reactiven, afectando a la triada padre-madre-bebé.

La afectación mutua coloca a la madre y al bebé en una posición de mutua interdependencia para la regulación de la angustia. La elevación de la angustia en uno, eleva la angustia en el otro. Y en ésta dinámica interactiva el padre puede producir un efecto aliviador ó agravante.

La experiencia de esta afectación mutua lleva al bebé y también a la madre, que busca amparar al bebé vulnerable, a mantener una hiper-vigilancia angustiada sobre el estado emocional del otro, que puede desembocar en una pérdida de los propios deseos y una dificultad para tolerar la separación. En ésta situación, estas madres tan absortas por la relación con su bebé, no pueden separarse de él y pierden las huellas de sus placeres personales y sociales.

En esas circunstancias, el agotamiento de las capacidades de disfrutar de sí y del otro, desabastece de un elemento primordial para poder rescatarse de la vivencia traumática, puesto que es el mismo principio del placer, como función revitalizadora, el que queda en jaque.

Tanto el bebé como la madre se encuentran expuestos a una vivencia de intrusión del malestar del otro, que quiere calmar o busca ser calmado. Mientras permanece esa experiencia intrusiva, ligada tanto a la angustia que viene desde fuera, como de la que viene de adentro, bebé y madre viven en un conflicto grave en el que, frecuentemente, se desean y se repelen, se buscan y se temen, se “prestan” y se sienten “robados” de su voluntad o intimidad individual.

El bebé busca a la madre para calmarse y, más adelante, para calmarla, aunque su exposición al malestar compartido, aumentado por esa cercanía del contacto piel a piel,

genera también un movimiento de independización muy precoz, que promueve el desarrollo prematuro e inacabado de su Yo, en un tiempo en el que aún no se ha desarrollado suficientemente la diferenciación sujeto-objeto, ni tampoco la discriminación sobre el origen y la naturaleza de su malestar psíquico.

Éste movimiento precoz, que conducirá al bebé a buscar una autorregulación prematuramente autónoma, lo colocará en una posición de soledad-desamparo, irrepresentable.

En ésta situación, el bebé, y posteriormente el niño, pueden desarrollar un comportamiento social sobreadaptado; mantener de manera cronificada los mecanismos de supresión de la expresividad y de la perceptividad del propio estado emocional; instalarse un fondo híper-vigilante, con susto y tensión, que puede persistir de manera crónica; desarrollar una alta receptividad e hiperreactividad ante el estado emocional angustiado ó violento del otro; experimentar una gran dificultad para utilizar el NO y manifestar sus sentimientos, por temor a un conflicto que lo exponga al rechazo y a la pérdida muy angustiosa de la representación “amable” y afectivizada de sí, en la mente del otro.

Por los graves efectos que estas experiencias pueden producir tempranamente en la construcción de su vida, resulta necesaria la prevención, detección e intervención terapéutica ante los primeros signos de alteración psíquica y/o somática que pueda manifestar el bebé desde que nace, y desde el tiempo de la gestación ante factores de riesgo que pueden dañar la estabilidad emocional de la madre.

10.46. Ejemplo de procedimientos autocalmantes en una bebé de 7 meses, ante su angustia basal y su resolución terapéutica tolerando la expresividad del llanto.

Irene tiene 7 meses y su madre me consulta porque la niña se despierta cada 2 ó 3 horas cada noche (Palau, 2016b).

Cuando Irene se queja, la madre va a verla y la coge en brazos ó le ofrece el pecho. Entonces se produce un debate porque la niña no desea alimentarse ni tampoco que se la coja en brazos ó se la vuelva a dejar en la cuna. Sus despertares son difíciles de atender puesto que ni se calma con el pecho ni tampoco al ser cogida en brazos. Al cabo de un tiempo de debate, en el que la bebé se muestra muy irritada y enfadada, debatiéndose físicamente con el cuerpo de su madre, la niña se duerme de nuevo y vuelve a despertarse al cabo de otras dos ó tres horas. Desde que ha nacido Irene, la madre viene padeciendo una alteración del sueño, debido a los frecuentes despertares de la niña, que la mantienen en una situación de tensión permanente, apenas percibida por ella, de la que se queja muy poco a pesar de lo que evidencia su rostro.

La dificultad de Irene para dormirse y permanecer separada, sin tocar el cuerpo de su madre, sucede desde el primer día de su nacimiento. La madre dice que al nacer, la bebé no toleró la separación y la mantuvo durmiendo con ella largo tiempo.

Si no es la niña la que se despierta, es la madre quien lo hace al sentirse inquieta por el estado de su pequeña.

Irene ha sido alimentada al pecho siguiendo el ritmo de su demanda y ya se le han introducido las papillas

El padre relata que la niña necesita que se la cambie de espacio a menudo, después

de un rato de permanecer en el mismo lugar. Desde su mirada viva y observadora, se muestra muy interesada por todo lo que sucede a su alrededor, pero necesita ser trasladada de espacio cuando su padre ó su madre permanecen parados un rato, de tal manera que ambos tienen que estar paseando con ella ó aportándole estímulos nuevos, cuando se cansa ó se aburre de estar en el mismo lugar.

Hasta hace poco era casi inseparable de su madre. Si esta la dejaba un momento a otra persona, la niña se ponía a llorar, al igual que si la dejaba en su cunita. La mayor parte de las veces en las que la niña ha llorado a lo largo del día, la madre le ha ofrecido el pecho ó la ha cogido en brazos para calmarla.

En la consulta la niña se comporta como una bebé sana y despierta, que interactúa fácilmente con sus padres, que me observa con interés y en la que no percibo ningún signo de psicopatología temprana. Lo único llamativo, tal como me lo han descrito los padres, es que necesita que su madre ó su padre la cambien a menudo de posición en su regazo ó que ellos mismos modifiquen su posición, moviéndose con ella al cabo de unos minutos.

En uno de los momentos en los que el padre ó la madre la mueven enseñándole nuevos detalles de la sala para distraerla, le pido a la madre que se siente cómodamente en el sofá con la niña en su regazo y, como era de esperar, al cabo de unos instantes la niña comienza a moverse en sus brazos buscando salir de ellos ó conseguir que su madre se levante. A petición mía la madre permanece sentada y la niña comienza a expresar un malestar creciente, mediante reniegos que van en aumento. La madre y el padre se inquietan y éste me dice que él padece mucho cuando la escucha quejarse hasta el punto de que tiene que aportarle de inmediato algún estímulo para tranquilizarla, y que lo mismo le sucedía con la hija mayor.

La madre me dice que ella la atiende de inmediato también y que si no lo hace, la niña se enfada mucho. No tolera estar sola ni unos minutos.

A lo largo de unos 25 minutos de ésta primera consulta, Irene ha llorado pasando por diferentes estados emocionales; tras los primeros reniegos, ha ido apareciendo una irritación intensa con mucha agitación de su cuerpo, haciendo lo posible por salir del regazo, y después un enfado abierto, **expresión de un estado de violencia-dolor, enmudecida hasta** ahora (punto 10.16). Nunca había llorado de éste modo porque desde su gran sensibilidad, sus padres se habían angustiados mucho y la habían calmado de inmediato.

Después del tiempo de enfado abierto, con retorcimiento de su cuerpo, mientras su madre, sin acallarla, le expresaba con cariño palabras de consuelo y le prodigaba caricias, su crispación ha ido disminuyendo y ha dejado paso, poco a poco, a unos suspiros de pesar, acompañados de una relajación corporal y de la desaparición de la tensión. En ése momento, su madre le ha ofrecido el chupete y la niña, aún pesarosa, lo ha aceptado mientras buscaba acoplarse con gusto en el regazo de su madre, sosegada, permaneciendo así hasta el final de la sesión, cuando ha salido muy tranquila en los brazos de su madre.

Hasta ahora, el incremento de la tensión-desasosiego interna, ha sido vivido por la niña con angustia. Cada vez que ha experimentado ése incremento de tensión, se ha quejado y sus padres la han rescatado de inmediato mediante un aporte de estímulos sensoriales y corporales que la han calmado distrayéndola del malestar (punto 10.24).

Hasta éste momento, ella aún no había podido experimentar y descubrir, ni sus padres tampoco, que puede encontrar en sí-misma los recursos adecuados para una autorregulación somatoemocional, conseguida ahora gracias a la expresividad abierta de

sus emociones, toleradas y contenidas por sus padres, desde la comprensión de esa necesidad de su hija.

Metafóricamente hablando, cuando aparecía la tensión malestar ella sentía que se “ahogaba por temer no saber nadar en esas aguas”. La demanda de ser rescatada de esa tensión, mediante el movimiento físico y la aportación de estímulos distractores, hasta ahora siempre satisfecha por unos padres padecedores en los momentos de separación, reforzaba ó incrementaba su angustia de sucumbir ante el incremento de la excitación-malestar interno.

El dormir también es un tiempo de separación que requiere ser tolerado por la diada madre-bebé, para poder acceder a la necesaria relajación del cuerpo, y así poder entrar en el sueño profundo mediante la retirada provisional de las investiduras sensorio-motoras, apuntaladas hasta entonces en el mundo de la vigila .

Irene es la segunda edición de una problemática que se produjo en los mismos términos con su hermana Beatriz, 5 años mayor que ella. Cuando Beatriz tenía 3 años fui consultado porque padecía un trastorno del sueño: no conseguía conciliar el sueño y permanecía despierta hasta una hora ó más antes de poder finalmente dormirse; tenía frecuentes despertares, dormía pocas horas para su edad (7 u 8 horas), no toleraba las siestas, padecía irritabilidad y no toleraba ser ayudada en todo aquello que, por su avanzado nivel de desarrollo psicomotor, ella ya podía ejecutar sola. Era una niña cognitivamente muy avanzada en su desarrollo intelectual, pero poco cariñosa, que rehuía el contacto corporal y no toleraba la separación de sus padres, hasta el punto de que todas las noches su madre tenía que acostarse con ella.

La solución con Beatriz fue relativamente fácil después de entender lo que sucedía del lado de la niña y del lado de los padres, y el tema quedó resuelto en poco tiempo mediante una cuidadosa investigación y unas recomendaciones entre las que se encontraban: una cura de sueño de unos 8-10 días para la madre, la cual también padecía insomnio y frecuentes despertares nocturnos desde hacía muchos años; que el padre atendiera más a la niña por el día y por la noche; acompañarla para facilitarle el acceso al sueño sin acostarse con ella; adelantar progresivamente la hora de acostarse hasta llegar a la hora natural para una niña de su edad; favorecer las demandas afectivas regresivas que tanto preocupaban a sus padres, al temer un movimiento de retroceso y pérdida inquietante de las conductas autónomas de autosuficiencia, que hasta ahora habían sido tan valoradas por ellos etc....

Al cabo de un mes, tanto la niña como la madre dormían bien por las noches, accediendo con facilidad al sueño. La niña dormía las siestas y reclamaba la ayuda a su madre, como si fuera más pequeña en cuestiones en las que, hasta entonces, al contrario de otras niñas de su edad, ella no permitía que se le prestara ninguna ayuda. Fue disfrutando de los mimos, del regazo de su madre y pudiendo tolerar las separaciones.

Por si se puede haber generado alguna duda en quienes leen éste relato, debo afirmar que los padres de Irene son unos padres muy amantes de sus hijas.

De la madre diré que es una buena persona, muy querida por su entorno familiar y profesional, muy sensible ante las preocupaciones ó sufrimientos de las personas próximas a ella. Su entrega abnegada en los proyectos que desarrolla, junto a una baja percepción de sus propias necesidades personales, la llevan a agotarse frecuentemente sin apenas darse cuenta. Su baja autosensibilidad se acompaña de una gran fragilidad de su amor-propio,

especialmente vulnerables ante posibles críticas hacia sus realizaciones, a pesar de ser una persona muy cualificada y reconocidamente eficaz en su trabajo.

Cumple con su deber con empeño, aunque este cumplimiento contravenga seriamente necesidades físicas ó emocionales básicas propias. Es muy sensible a las necesidades de su entorno y muy poco ante las suyas. Padece por los demás y, al contrario, muy poco por sí-misma.

¿Qué mecanismos intervienen en el padecimiento de la tensión basal que genera desasosiego?

Los mecanismos de distracción, que buscan evitar el contacto con la fuente interna de las sensaciones y sentimientos penosos, actúan simultáneamente en el ámbito del comportamiento motor y de los procesos psíquicos de la perceptividad de las sensaciones y de los sentimientos. De éste modo van a alterar precozmente la capacidad de producir representaciones-afecto y representaciones-palabra, y afectar el mejor desarrollo de la mentalización, la regularidad en el trabajo mental y, en definitiva, la capacidad de metabolización psíquica de unas experiencias emocionales que van a permanecer excluidas del trabajo psíquico.

¿Qué sucede cuando permitimos a Irene llorar abiertamente su desasosiego-tensión-malestar, en compañía de una madre que la contiene desde su comprensión y la arropa con su cuerpo y su afecto?

Que puede ligar la excitación-tensión corporal difusa, con los sentimientos de disgusto, rabia y tristeza-pesar, hasta alcanzar, por sí-misma, un estado de relajación-distensión muscular y psíquica. De éste modo puede llorar su malestar, reconocer su naturaleza emocional y adquirir una conciencia emocional de sí, diferente del objeto que, en ésta situación, ya no se acopla sistemáticamente al bebé.

La excitación-tensión queda ligada en el sistema de representación-pensamiento de la madre y en el sistema de representación – llanto - afecto, del bebé.

¿Qué ha sucedido después?

En la segunda visita, una semana después, la madre me comenta que había podido permitirle llora 2 ó 3 veces a lo largo de la semana sin inquietarse y que, desde el mismo día de la consulta, la niña había dormido profundamente todas las noches, menos un par en las que se despertó una vez y se volvió a dormir fácilmente.

Ahora, cuando se despierta por la mañana se queda un ratito diciéndose cosas en su camita y jugueteando sola, hasta que al cabo de un rato acaba reclamando la presencia de sus padres. Puede permanecer tranquilamente en un mismo lugar, con ellos y sin ellos, lleva varios días sentada en una sillita cerca de ellos en el momento de la comida, sin reclamar ser cogida y come con más ganas que antes. La madre está durmiendo bien y la niña mayor, a la que se le había vuelto a desestabilizar el sueño, también está durmiendo bien.

El padre dice en ésta segunda sesión que la madre ha “destetado” a la niña.

Mi observación confirma la descripción de los padres, la niña está muy relajada y ha tolerado permanecer tranquila y juguetona en el regazo de su madre, a lo largo de treinta minutos.

10.47. La depresión por identificación o contagio.

Partiendo del análisis comparativo entre las descripciones retrospectivas que realiza André Green en torno al “Síndrome de la madre muerta”, Stern (1997) analiza de manera prospectiva la experiencia afectiva del bebé que se encuentra, después de un tiempo de relación normal, con la depresión de su madre.

En éstos casos, la depresión de la madre no se manifiesta de una manera brusca y traumática, sino progresiva, perdiendo poco a poco su vitalidad y alegría de estar con el bebé. A pesar de sus esfuerzos por sincronizarse afectivamente con él desde el placer y la ilusión, no lo consigue. Sufre una atonía, una dificultad para sostener la mirada con el bebé y para responder de manera contingente a las iniciativas interactivas de aquel. Se encuentra emocionalmente apagada.

Stern dice que el efecto que produce en el bebé su confrontación a ese nuevo estado emocional de su madre es la pérdida de su viveza, un debilitamiento tónico-postural, pérdida de la expresividad facial, una caída de los afectos positivos y una disminución progresiva de la activación.

Sigue diciendo que se trata de momentos especiales porque son desencadenados por el deseo de estar-con-la-madre.

Cuando el lactante ha fracasado en su intento de devolver la vitalidad a su madre y de solicitar su presencia emocional y sus juegos, intenta estar con ella mediante la identificación y la imitación.

Daniel Stern señala que las micro-depresiones del lactante resultan, no sólo de la ausencia de respuesta estimulante de parte de la madre, sino también de los procesos de imitación o de contagio. En ése movimiento se produce un incremento de la imitación, una mayor intersubjetividad y una disminución de la iniciativa personal.

En consecuencia, sigue diciendo, cuando el lactante, por una razón cualquiera, busca una intimidad psíquica e interactiva con su madre, mediante la imitación, identificación y la intersubjetividad, experimenta de manera concomitante un caída de los efectos positivos, un aumento del retardo psicomotor etc. En suma, una micro-depresión.

Los dos fenómenos “tentativa de estar-con” mediante la identificación y la imitación, y la “experiencia de depresión”, se encuentran ligados en un único momento de experiencia subjetiva. Su combinación es una manera de “estar-con-la-madre” recurrente e identificable, que es representada como una parte normal de su experiencia subjetiva, que llega a conformar un esquema.

10.47.1. Ejemplo de depresión por identificación: atrapada en el decaimiento materno.

Cristina, una niña de 4 años afectada por graves bronquitis de repetición, que comencé a tratar dos meses antes, llega a la consulta del hospital pegada al cuerpo de su madre y se muestra renuente a soltarse de su cuello.

Al entrar, su madre, claramente apagada y huidiza en la mirada, me dice “Hoy haremos pocas cosas porque no está en sus mejores momentos” para, poco después, dirigiéndose a la niña, añadir ¿”Miraremos a Pascual ó no”?

Mientras la madre sentencia con pesimismo, su expectativa sobre las posibilidades que existen de que el tiempo de sesión resulte útil y reafirma que la niña está mal, ésta permanece pegada a su cuerpo y así seguirá una gran parte de la sesión.

De nuevo, como ha sucedido en anteriores sesiones, aparece el intenso decaimiento general de la niña, en una forma depresiva en la que encontramos una atimia global, atonía psicomotora, fatiga y ausencia de expresiones lúdicas.

Como se ha podido observar en ésta y en otras sesiones, éste decaimiento es la consecuencia de un funcionamiento apático-depresivo de la madre, “incrustado” por identificación en la niña en la que se activa cada vez, de manera simétrica y simultánea, con cada nueva reactivación del malestar en la madre.

En ésta sesión la madre se muestra cansada y disgustada, muy contrariada por la situación que está viviendo con la niña. No para de bostezar, como si un sueño intenso la invadiera y se muestra ausente, sin poder pensar o asociar sobre el juego que, con mi ayuda, la niña ira desarrollando sobre la mesa, mientras se mantiene pegada a su cuerpo. Este sueño invasor, ligado a una intensa apatía que experimenta en ésta sesión, dejándola sin poder pensar, seguirá así a lo largo de varios meses e irá decreciendo progresivamente en intensidad.

Poco a poco voy descubriendo en ella un estado psíquico desmentalizado (Marty, 1976), incapaz de acceder a unas representaciones mínimas sobre el juego que lentamente va a ir desplegando su hija.

La primera pregunta que surge, en éste tiempo de la psicoterapia madre-niña, es si las crisis bronquíticas de repetición de su hija han llevado a la madre a este agotamiento mental o si son los frecuentes e intensos movimientos depresivos de la madre, quienes resultan ser los desencadenantes de los movimientos depresivos de la niña, en quien se generan desorganizaciones somáticas. Aunque resulta obvio que existe una clara interafectación mutua.

Veamos ahora el juego.

Ante el decaimiento intenso y su enmudecimiento, comienzo diciéndole a Cristina que hoy he traído al cocodrilo.

Después saco los diferentes personajes disponibles en la caja de juguetes, los coloco sobre la mesa mientras los nombro y, en esta ocasión, introduzco un nuevo personaje: una abuela.

Poco a poco Cristina va entrando en el juego y va asignando lugares a los personajes. Mientras en la parte baja de la casita de juegos va colocando acostados uno al lado del otro, al padre, a la madre y a la abuela, a la niña la coloca acostada en el último piso de la casa, sola y sin muebles. Pegada a la cama de la madre acuesta a la abuela, en la camita pequeña, que en otras sesiones pertenecía a la niña.

En este momento hago entrar en escena al cocodrilo dramatizando que quiere comerse a alguien y la niña elije que se coma al padre.

Viendo que la distribución de los personajes hace que la niña quede sola y completamente separada del grupo de adultos, le señalo que es posible que la niña se sienta sola y asustada. Cristina me mira y se sorprende por lo que le he dicho.

Al preguntarle a la madre lo que le parece la distribución de los personajes, ella me dice que eso sólo es un juego y que no le dice nada.

Sigo insistiendo en la posibilidad de que la niña se sienta sola y con miedo, mientras los adultos están juntos y pegados entre sí haciéndose compañía, y señalo que la abuela está durmiendo en la camita de la niña, que se ha quedado durmiendo en el suelo.

La madre no responde al juego, está muy ausente, muy agotada, se duerme y no deja de bostezar.

Insisto, dramatizándolos emocionalmente, sobre los sentimientos de soledad, frío y miedo de la niña que ha sido colocada en un espacio muy independiente y solitario.

Cuando comienzo a dramatizar los sentimientos de la niña, tanto Cristina como su madre me miran sorprendidas y atónitas. ¿Es posible que ese lugar suponga para esa niña sufrimiento o soledad, y no tranquilidad?

Poco a poco voy introduciendo, de manera dramatizada, queja y dolor psíquico en el juego, sentimientos no reconocidos hasta ahora.

Sigo preguntando a la madre lo que le sugiere el juego y ella sigue diciendo, muy ausente, que nada. No puede identificar los elementos emocionales presentes. Pero Cristina va despegándose del cuerpo de su madre y va tomando iniciativas en el juego. Recoloca la mesa y las tres únicas sillas y en ellas pone juntos a los adultos. Al señalarle de nuevo que la niña ha quedado sin lugar, Cristina la sienta sobre un mueble a modo de silla y después recoloca de nuevo los personajes en las camas, en la misma distribución de antes.

Entonces reintroduzco al cocodrilo agresivo y esta vez es la abuela a la que Cristina sacrifica para, a continuación, colocar a la niña en la camita que la abuela ocupaba al lado de su madre. Pero un sentimiento de culpa la invade inmediatamente y tira al cocodrilo a la papelera, mientras intenta reparar lo sucedido curando a la abuela de las mordeduras del cocodrilo.

Esta secuencia resulta muy significativa del inmenso sentimiento persecutorio de culpa que la persigue cuando intenta usar su agresividad para defender sus necesidades de compañía y su lugar prioritario y legítimo de apego con su madre, ante la presencia intrusiva de la abuela. Aunque en este caso el juego le permite ocupar un lugar de reparación, porque es la figura del cocodrilo la que, por desplazamiento, se hace cargo de la agresividad.

Señalo entonces a la madre lo representado en el juego: "una abuelita pegada a la madre y ocupando la camita de la niña que queda sola y separada", y al cabo de unos minutos la madre me dice que algo le suena aunque no lo entiende, porque en la familia todo el mundo está encima de Cristina.

La abuela ocupa para la madre el lugar de atención que debería de ocupar Cristina y la madre sigue siendo "presa" de la abuela, de tal manera que aún no está afectivamente disponible para la niña. La abuela, en quien la madre ha delegado casi por completo la crianza de la pequeña, porque ella no se considera una madre con los mismos sentimientos que tienen "otras madres de verdad", es el "obstáculo" para acceder a la madre. En la anterior sesión la madre decía, intentando rescatar recuerdos infantiles, que se había vivido muy "envuelta-cogida" por su madre. Aunque casi no alcanzaba a recuperar recuerdos, finalmente acabó describiendo, con el gesto de las dos manos agarrando a un objeto

invisible, una relación con una madre muy acaparadora.

En ésta sesión se ha podido observar una madre completamente “fuera de juego”, que me decía que no debía esperar nada de la niña y que no sabía si hoy me miraría, aunque era ella la que no me miraba prácticamente, como tampoco miraba a la niña.

El hecho sorprendente fue que Cristina comenzó a salir del letargo para acabar completamente incorporada al juego de manera muy vital. Comenzó a hablar fuerte, tomando la iniciativa de organizar los personajes y dramatizar de manera muy activa, pidiéndome permanecer cerca de ella, mientras la madre también salía de su letargo sorprendida y afectada por esa reacción.

De éste modo la niña conseguía separarse del núcleo traumático y apático-depresivo de la madre, y la madre resultaba rescatada por la niña.

La sesión terminó con una completa reanimación anímica de Cristina y de su madre.

La niña salió tan contenta y espabilada como en sus mejores momentos. Situación que aproveché para señalar a la madre que detrás de ese gran decaimiento se encontraba todo un potencial energético y vital, que comenzaba a reanimarse y fluir de nuevo en cuanto lo estimulábamos un poco. Le señalé que con la convicción negativa que ella traía al comienzo de la sesión, diciendo que hoy no había nada que hacer, se eliminaba la posibilidad de poder pensar en la vitalidad latente.

La niña permanecía atrapada en la indiferenciación y en el desánimo depresivo de una madre atrapada en la indiferenciación y en el desánimo depresivo de la abuela, a su vez atrapada en la indiferenciación y el desánimo depresivo de una bisabuela, a su vez atrapada en... Y así sucesivamente hasta llegar a la quinta generación de mujeres madres. Más allá, ni la madre de Cristina ni su propia madre guardaban recuerdo de lo que sucedió a sus antepasadas, si es que les sucedió también a ellas. En todo caso, nuestra pequeña indagación sobre varias generaciones permitió poner en evidencia, que la memoria que guardaban hasta la quinta generación, contenía la transmisión transgeneracional de una experiencia relacional intensamente angustiada y traumatógena.

En ésta sesión también pudimos observar un déficit importante en la percepción e integración de los afectos. En el momento en el que Cristina coloca a la niña en un lugar aislado y frío, articula una representación concreta de su experiencia pero los afectos están ausentes. Tanto es así que se extraña cuando yo atribuyo a la niña sentimientos de soledad ó tristeza.

La supresión de su perceptividad y de su expresividad emocional, sumada a las graves dificultades, del lado de la madre, de reconocer el mundo emocional, ha generado una gran dificultad para desarrollar representaciones y después cargarlas con sus emociones correspondientes.

10.48. Ausencias y atención en la hiperactividad.

La búsqueda de las fuentes nutritivas procedentes del otro, ligada a una función de indagación del mundo externo, muy activa desde el mismo nacimiento, es orientada por la función de percepción implícita, y por la de atención selectiva, progresivamente más sostenible con el desarrollo de la maduración neurobiológica y de la experiencia interactiva positiva.

Las frecuentes crisis de “aburrimiento” (o “tedio”), que podemos encontrar en ciertos escolares que padecen déficit de atención, señalan una vivencia de sufrimiento en la que se combinan, a la vez, estados tensionales basales, manifiestos o no, y una inercia involuntaria y repetitiva hacia un retraimiento-ausencia, significativo de una retracción-desconexión de la función de investimento libidinal objetal y narcisista, con pérdida brusca de la vitalidad emocional y cognitiva, y también de su atención, procedente de otros tiempos.

Pertenciente a una dinámica evitativa, instaurada muy precozmente, por haber quedado expuestos a estímulos emocionales angustiosos (de origen externo y/o interno) y/o miradas negativizantes de la concepción de sí, o conductas de violencia), la experiencia de aburrimiento que describen señala, en un primer tiempo, una falla intensa de la mentalización, y un hundimiento en la vivencia, muy angustiosa, de desvitalización de la que, en un segundo tiempo busquen rescatarse mediante la utilización de unos recursos que busquen reasegurar la estimulación sensorial, emocional y cognitiva.

La exposición temprana a estímulos y emociones angustiosas, en un periodo de indefensión por el hecho de que el bebé no puede separarse de la(s) fuente(s), externas e internas, productoras del malestar somatopsíquico, ni modificar su emisión, genera una vivencia de malestar-angustia-impotencia, que lo lleva a defenderse activamente luchando contra su permanencia en la posición de recepción confiada y/o pasiva, en la que se encuentra situado desde su mismo nacimiento con el fin de asegurar su abastecimiento nutritivo, corporal y emocional. Aunque la exposición a unos estímulos que alteren el sistema de autorregulación somatopsíquica y psicósomática puede producirse desde la vida prenatal.

La defensa temprana, que lo lleva a preservarse de la posición de recepción confiada de las percepciones que desencadenan su malestar, incluirá también una actividad de desconexión de la atención selectiva, que se movilizará posteriormente de manera automática, y por tanto involuntaria, en aquellos momentos en los que el sujeto se viva expuesto a la retirada del interés individual, empático y subjetivante del otro; a merced de un investimento negativo y destructivo de la concepción amable de sí; en una situación generadora de angustia o estrés; al reactivarse las vivencias de indefensión y desconfianza en los propios recursos emocionales, cognitivos o físicos para afrontar la experiencia; al experimentar un decaimiento de la estimulación o motivación emocional interna, sentida como estado de aburrimiento (o tedio) y angustiosa pérdida de su vitalidad; en una experiencia somática perturbadora que reactive huellas somatoemocionales angustiosas o las produzca.

Siendo en el origen una defensa, que afecta a la conservación del recuerdo, y por tanto a la memoria, su cronificación conducirá a un déficit de la capacidad de mantener el gobierno voluntario de la atención.

Así pues, para luchar contra una experiencia intrusiva que altere su estado de bienestar somatopsíquico, el bebé distraerá o desconectará su atención y, cuando pueda, se moverá buscando alejarse físicamente de la recepción-percepción de la fuente de su malestar aunque al cabo de poco tiempo, ésta ya no estará sólo fuera, sino también dentro de sí-mismo. De éste modo se moverá cada vez que, al pararse, se encuentre confrontado a la reactivación-percepción de su estado de desasosiego interno convertido, con el paso del tiempo, en un estado de malestar-tensión basal, que se reintensifica especialmente en situaciones vinculares que reaviven las huellas de la experiencia temprana de indefensión y de soledad del bebé.

Experiencia temprana angustiosa que ha podido generar en el bebé y después en el niño, una hipersensibilidad receptiva; una hipervigilancia diurna y nocturna; una hiperreactividad comportamental y somática; una inhibición de la expresividad espontánea de las emociones y de las intenciones; una alteración de la percepción de sus emociones; una alteración crónica cualitativa de la función onírica y por tanto del sueño; una afectación grave de la concepción de sí-mismo y del amor propio; una sensación de susto al reencontrarse con el nuevo día y una profunda desconfianza en los propios recursos para afrontar adecuadamente los desafíos o retos de la vida diaria; entre otros efectos.

La activación automática e involuntaria de los mecanismos psíquicos de desconexión de su percepción de sentimientos y sensaciones dolorosas, que busca protegerle de las vivencias que lo perturban, también puede producir, como efecto indeseable, una desvitalización de la actividad cognitiva y/o emocional, además de un déficit en la utilización de la atención voluntaria y sostenida. En estos niños encontramos no sólo una función onírica afectada en su capacidad de metabolizar las cantidades de angustia nocturna derivada de la vida diurna, sino también una tendencia a suprimir la expresividad emocional y la espontaneidad intencional en el mismo sueño. Tendencia recogida en el dicho popular: "esto ni soñarlo". La desvitalización afecta de manera directa, la capacidad de conservar una actividad de representación libidinalizada de sí, en su relación con el objeto.

En compensación, para evitar el desfallecimiento o "gran apagón de la función imaginaria, lúdica y afectivizada", el niño usará distintos sistemas sensoriales o de representación para proveerse de los estímulos suficientes con el fin de mantenerse a salvo del tedio o sideración psíquica, y rehuirá las actividades repetitivas y monótonas que no sean estimulantes de la actividad imaginaria, ni de una representación de sí-mismo motivado por la curiosidad. Los mecanismos compensatorios de la intensa vivencia de desvitalización emocional y cognitiva lo llevarán, frecuentemente, a una actividad imaginaria que activa la figurabilidad y las representaciones excitantes-estimulantes y lo rescata de una vivencia de desvitalización agónica.

La intensa pérdida de la estimulación emocional interna y de la representación de unión afectivizada y confiada con el objeto y consigo mismo producen una experiencia de soledad, y de pérdida de la esperanza para seguir sintiéndose capaz de usar el pensamiento y la imaginación afectivizada, y para mantener investido y activo el mundo psíquico representacional.

En niños con déficit de atención observamos, frecuentemente, que tienen que autorrescatarse del desánimo sentido al pensar en afrontar tareas de estudio, puesto que éstas reactivan, una y otra vez, una experiencia de soledad, indefensión, impotencia, alarma, desánimo y aburrimiento o tedio.

Aunque una vez adentrados en la experiencia real, que les permite comprobar que se encuentran con recursos suficientes para afrontar una tarea, se tranquilizan, cada nueva tarea (o situación) a afrontar es experimentada con inquietud, como si esa fuera la primera vez, volviendo por ello a dudar de sus capacidades o recursos disponibles para afrontarla con éxito. En ellos prevalece la experiencia de inseguridad y desconfianza en sus recursos para afrontar las dificultades que pueden surgir, sin poder asentar una expectativa previa de control o confianza en sí-mismos, basada en las experiencias anteriores de resolución adecuada.

La memoria de la tarea superada con éxito del día anterior ha quedado “borrada o eclipsada” por la permanencia de un fondo hiperreactivo de alarma e inseguridad, muy estresante, que vuelve a impactar una y otra vez su percepción, generando en él en cada ocasión una fuerte angustia depresógena. Es la inercia de una anticipación negativa la que se activa generando desasosiego e inquietud, cuando no tormento.

10.49. Aburrimiento y déficit de atención.

Veamos lo que nos dice Pedro, un niño de 10 años que padece ésta sintomatología y que está siendo medicado por un trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde los 6 años.

Al preguntarle por qué en las clases no para de hacer dibujitos o de hablar con sus vecinos, mientras la profesora ofrece una explicación, dice:

“Porque como la maestra está tanto tiempo hablando y los compañeros no la dejan explicar y la maestra tarda tanto en explicar, yo me aburro y me pongo a dibujar.

T- ¿Porqué o para qué piensas que dibujas?

Para abrir la mente y estar un poco más animado... como sentir aventuras, sentir emoción por los tipos de dibujos, casas, arboles, plantas, calaveras, espadas, camiones.

T- ¿Cómo te sientes cuando tu mente no está abierta y animada?

Cansado. Como un muerto viviente. Todo aburrido.

T- ¿Qué quieres decir?

Es como sentirme pálido, sin ganas de hacer nada... como si no hubiera dormido en toda la noche y tuviera un sueño pesado... me dan ganas de dormirme y todo...

Y- ¿Y cuando dibujas como te sientes?

Se me despierta la mente para que salga bien. Porque me da rabia que me salgan mal las cosas. Cuando me salen mal me dan ganas de romper las cosas.

T- ¿Si te ocurre ése cansancio cuando tu profesora hace una explicación larga, ¿qué se podría hacer para solucionarlo?

Me gusta la música (lo reanima).

T- Pero, a lo mejor, eso en clase no se puede tener.

Pues que ella hiciera la explicación larga, pero de vez en cuando un poco animada.

T- ¿De qué manera?

Una explicación con dibujos... así me la podría estar copiando y no me aburriría. Por ejemplo: 10 elefantes tienen que ir en 5 cajas de 2 cada una. La maestra dibuja 5 cajas con 2 elefantes y pregunta ¿Cuántos elefantes caben en cada caja?

Entonces yo los dibujaría en la libreta...

T- ¿Y no te despistarías?

No, tengo los oídos en todas partes... Un día tenía 4 compañeros en 4 costados hablando y yo estaba oyendo a los 4 a la vez.

Veamos ahora lo que le sucede con el sueño:

Padece enuresis nocturna, somniloquia, somnambulismo y frecuentes pesadillas. En la primera entrevista me contó la pesadilla que acaba de tener la noche anterior:

“N- Cuando me he despertado pensaba que estaba metido dentro de un agujero negro y que no podía respirar. Habían chocado dos planetas y se había formado un agujero negro y se aspiraba todo lo que había alrededor y sólo quedaba un poco de arena”.

N- Yo soy somnámbulo. Un día me desperté sentado sobre una silla y me pregunté qué hacía encima de esa silla y me acosté.

T- ¿Tardas en dormirte cuando te acuestas?

N- Me cuesta dormirme una media hora y a veces hasta una hora. A veces estoy despierto hasta que mis padres se van a la cama.

T- ¿Cómo te sientes cuándo te despiertas por la mañana?

N- Tengo ganas de quedarme en la cama.

T- ¿Te levantas cansado, descansado, con sueño?

N- Cansado y no puedo mirar a la luz.

Madre - Duerme unas 10 horas pero le cuesta dormirse.

N- Cuando mi mamá dice que nos vamos a ir a un sitio que me gusta mucho, entonces me cuesta dormirme porque me pongo nervioso.

Madre – Si lleva una hora sin poder dormirse yo me acuesto con él intentando tranquilizarlo.

N- Un día que los ronquidos de mi madre me parecían los de un hombre yo intentaba despertarme y me ahogaba.

M - Tiene crisis bronco-asmáticas desde los 6-7 meses y toma broncodilatadores. Tiene alergia a los ácaros y a los conejos.

10.50. Ausencias y atención.

Veamos ahora lo que le sucede a Carlos, otro niño de 7 años, con numerosos tics, déficit de atención con marcadas y frecuentes pérdidas del interés por el entorno, que se manifiestan por un ensimismamiento y ausencias, acompañadas de movimientos estereotipados del cuerpo y de una intensa actividad imaginaria.

M: *"Dicen los profesores que está ausente, mueve las manos. Déficit de atención. Las tareas repetitivas le cuestan mucho, no quiere. Los deberes no los quiere hacer. Le cuesta ponerse a hacerlos. Aunque cuando se pone a hacerlos los hace bien. Hay momentos de como si se evadiera, cuando está en el baño y en la habitación sólo, lo hace, está como ausente, dándose palmas y aleteando como los autistas. Le he preguntado qué piensa en ese momento y me dice que él piensa en cosas que le gustan (para estimularse), para sentirse mejor... como el surf, los Sanfermines, motivaciones que a él le gustan. Sucede cuando no está entretenido y está aburrido. Y él me dice que no va a dejar de hacerlo aunque se lo pida (para calmar la angustia).*

Antes se movía de un lado a otro de la habitación con los ojos ausentes y moviendo los brazos.

T: *¿A qué le gusta jugar?*

Le gusta jugar con los niños. Los busca pero es el típico niño que hace lo que dice otro. Él no decide el juego. (La iniciativa está suprimida de su expresividad en el ámbito relacional).

Siempre ha dormido bien. Es el típico niño que nunca ha dicho que le deje la luz encendida. No ha tenido miedo nocturno.

T- *¿Miedos?*

No, es muy realista. No tiene miedo a nada. De pequeño no aceptaba lo de la bruja que vendría a llevárselo si no comía. (La angustia del octavo mes no se produjo)

El primer día de guardería de mi primer hijo fue de llorar pero Carlos nunca lloró. Me llamó la atención porque no lloró. No se queja de los dolores y no pierde nunca la calma".

A los 6 meses, ante una inquietante falta de aumento de peso, el bebé se vivió expuesto a un importante estrés producido por una fuerte coacción alimentaria que desencadenó un intenso rechazo alimentario, acompañados de vómitos psicógenos. Sobre los 7-8 meses se le diagnosticó equivocadamente, una enfermedad grave que aumentó la angustia en los padres, especialmente en la madre, que necesitó ser medicada por la fuerte depresión que acabó padeciendo en ése tiempo, debido a la angustia acumulada. El trastorno de la alimentación permaneció así hasta el año y medio.

El trastorno psicomotor, cambiante en sus manifestaciones, hizo su aparición en torno a los 2 años y medio, con un aleteo de manos.

Además de la coacción alimentaria, también se ha vivido expuesto a una importante coacción educativa, a pesar de que resultaba muy evidente el hecho de que, a mayor coacción educativa mayor alteración del comportamiento y de la atención, con aumento claro de los periodos de ausencia. La intensa y, a veces, violenta presión educativa se ha producido por parte de su entorno familiar aunque, sobre todo, por parte del entorno escolar, que ha interpretado su rechazo diario a comenzar a trabajar, no como ligado al incremento automático de angustia procedente de la experiencia traumática de coacción y violencia sufrida en los últimos años, que lo paralizaba a diario, sino como una posición desafiante perteneciente a un carácter, que había que doblegar con mayor presión y amenaza emocional.

Carlos no se despierta en toda la noche pero tiene un dormir muy agitado y se levanta siempre cansado por la mañana.

Aunque de manera más evidente en Pedro, la alteración cualitativa del sistema dormir-soñar está presente en los dos. Ambos duermen una cantidad de horas razonable para su edad, a pesar de que siempre se levantan cansados. El primero sufre de evidentes parasomnias, mientras que el segundo manifiesta un nivel excitación psicomotora que evidencia una dificultad crónica para metabolizar los estados de excitación-angustia, experimentados durante el dormir.

Ante la experiencia de soledad, experimentada en los momentos en los que se queda como ausente, estando sólo en la habitación y en el baño, y debido a la falta de una conexión interior con una representación interna afectivizada de sí-mismo, en unión amorosa con el objeto, se activa la necesidad de obtener un reconocimiento de cualidades físicas propias y externas autoestimulantes, que lo abastezcan de los elementos necesarios para constituir y mantener investida una representación somatosensorial-identitaria, necesaria para el autosostén. La descripción de la activación de situaciones imaginarias placenteras, con las que recrearse en los momentos en los que se siente amenazado o preso del aburrimiento, señala la utilización de un procedimiento apto para defenderse de los estados de angustia-soledad internos, que lo golpean con fuerza al sentirse sólo. Se trata de situaciones en las que se conjuga la actividad física ligada a una experiencia de destreza y, frecuentemente, la presencia de un riesgo. La destreza de "mantenerse a flote" sobre una tabla, expuesto al riesgo de que el movimiento de las olas derribe al surfista, o la destreza de correr al lado de unos toros con el riesgo de que uno de ellos embista al corredor y lo derribe.

Ambas situaciones pretenden "lidiar" con "un elemento poderoso e imprevisible" ante el que hay que intentar mantenerse en pie, con el riesgo de ser derribado por la bravura o fuerza del elemento. Lejos de aparecer como un elemento generador de angustia-pánico, el "riesgo con el que juega" se convierte en un catalizador de emociones excitantes y autocalmantes, generadas por la fantasía de poder vencer.

En estas situaciones, la angustia no aparece como señal de alarma ante un peligro, como cuando un combatiente se encuentra, en la posición de retaguardia, imaginando el peligro del combate al que puede vivirse expuesto. En éste caso el combatiente se encuentra en la primera línea de fuego, intentando esquivar la angustia paralizante ligada a

la vivencia de indefensión y sometimiento generada por el peligro de aniquilamiento, y lo hace recurriendo a la fantasía de tener unos poderes capaces de desafiar la amenaza.

Para rescatarse de la experiencia de indefensión ante los ataques del "otro", éste combatiente tiene que optar por la construcción de un escenario imaginario, que lo rescate de la angustia de indefensión. Es en ese escenario, en el que podrá visualizarse venciendo las "fuerzas externas" peligrosas que lo acechan, para evitar la intensa inercia que lo llevaría al desplome vital ligado a un intenso y masivo desinvertimiento objetal y narcisista, propio de una grave des-presión o retracción pulsional, esencial.

Aunque Carlos fracasa en la batalla real que viene librando con un entorno rígido, angustiante y depresivo, sometedor, descalificador y supresor de su subjetividad, que le manifiesta una violencia emocional y física casi diaria (manifestada en torno a los estudios y a su comportamiento muy movido), es en el escenario de la imaginación solitaria en el que se rescata a sí-mismo, recreándose en una "posición sin miedo", que le permite dotarse del atrevimiento y de la habilidad para sortear los riesgos, y así evitar naufragar en la angustia siderante del pensamiento y de cualquier iniciativa, que acabaría direccionando la violencia interna contra sí-mismo (la representación de ser fracasado generaría una gran violencia culpabilizante y destructiva del yo).

A diferencia de los estados de ausencia de naturaleza autista, que buscan la erradicación de la representación de una experiencia emocional de sí-mismo compartida con el otro, en el caso de Carlos los momentos que la madre señala de naturaleza "autista" son momentos de desconexión del exterior inmediato, pero de reconexión con la propia vitalidad, en los que Carlos se representa a sí-mismo en compañía, o emulando a otros con los que se identifica. Así pues, lejos de la dinámica autística.

En la patología autística, "en una parte de sí-mismo", el sujeto desconecta su percepción de las sensaciones y emociones que constituyen el reconocimiento de una experiencia emocional compartida con el objeto externo; desconecta su atención selectiva directa del objeto y evita, sistemáticamente, la expresividad de una demanda explícita e intencionada de complicidad emocional, que suponga un reconocimiento evidente de su dependencia afectiva. Lejos de tender a construir una re-creación virtual y afectivizada de sí-mismo en interacción con el mundo externo, procura eliminar toda huella vivencial susceptible de originar una actividad de figurabilidad y de representación de una experiencia emocional compartida, aunque paradójicamente, "en otra parte de sí-mismo", la siga anhelando de manera intensa y dolorosa. Una parte, pues, se opone de manera intensa y radical, a la emergencia de otra parte que conserva un proyecto de ser relacional y afectivo, que puede llevarlo al reconocimiento emocional de la necesidad del otro (Palau, 2010).

El esfuerzo que desarrolló esta madre, confrontada a sus dificultades y a las de su hijo, para obtener una mejor evolución, fue admirable.

10.51. Déficit de atención, hiperactividad y vulnerabilidad psicosomática

En el pasado del bebé, que fueron los niños con déficit de atención, encontramos frecuentemente, una docilidad adaptativa; una falla en el reconocimiento del riesgo propio; una ausencia de la angustia del 8º mes; una evidente falta de expresividad de sus emociones y de reconocimiento de sus emociones de miedo ó dolor; una baja espontaneidad en el desarrollo de sus iniciativas; el evitamiento de las situaciones de conflicto con el otro; una alta sensibilidad a los estados emocionales del otro, y especialmente a los estados de

angustia o negatividad que emite el otro muy cercano; una tendencia a la sobreadaptación; una gran fragilidad en el amor propio y un pobre reconocimiento del valor de sus propias iniciativas. Y teme especialmente el rechazo del otro hacia aquellas manifestaciones reveladoras de su subjetividad-intimidad-afectividad que pueden ser constructoras de su individualidad (iniciativas, deseos, temores, limitaciones, sentimientos agresivos).

Además, como consecuencia de la evidente alteración que padece (tanto para los demás como para él mismo) a nivel de su hipoatención y/o de la conducta hiperactiva, puede sufrir intensamente debido a una concepción afectiva y moral muy negativa de sí mismo al vivirse perseguido por un autoconcepto de niño malo o inadecuado por desatento o desinquieto; porque no se ajusta a las consignas que se le dan; porque no se esfuerza lo suficiente, puesto que “de esforzarse de verdad” lo conseguiría; porque rehúye aquellas actividades escolares monótonas que pueden reexponerlo a la angustia producida por la experiencia de aburrimiento o tedio; y porque se vive perseguido pasivamente por una culpa-persecutoria que desencadena, frecuentemente, una gran agresividad destructiva contra sí-mismo, en ocasiones vuelta activamente contra los demás.

Algunos de los recursos usados, para no naufragar en la crisis de angustia-depresógena experimentada como aburrimiento, provocada por la inercia hacia una intensa retracción-ausencia que tiende a engullir su vitalidad, son: la sobreestimulación sensorio-motora (comparativamente con las necesidades de otros niños) mediante el movimiento corporal y la interacción con el mundo de objetos materiales; situaciones físicas o medios estimulantes de la vida imaginaria y emocional (juegos, ordenador etc.); la sobreinterpelación del entorno (llamar al compañero de al lado para pedirle, preguntarle o ofrecerle algo); la recreación imaginaria en un mundo virtual; la estimulación de la actividad de representación, mediante la actividad de figurabilidad a través de los dibujos que va produciendo. Procedimientos de compensación ante una función onírica en jaque, dañada por el insuficiente desarrollo y disponibilidad de unas representaciones internalizadas adecuadamente afectivizadas.

La excitación inasimilable, ligada a la angustia basal crónica que produce un estado tensional continuado, encuentra una vía de evacuación mediante la vía de la descarga sensorio-motora o comportamental, que servirá al mismo tiempo de estimulación psíquica de la actividad de figurabilidad y de representación física y sensorial. La actividad imaginaria, que se produce en sus estados de ausencia, busca asegurar también un nivel de estimulación-reanimación y de representación emocional aceptable de sí-mismo, mediante la recreación virtual.

En el contexto de la vulnerabilidad psicósomática, en el que frecuentemente se encuentra incluido el niño con déficit de atención, con o sin hiperactividad, encontramos a un bebé que desconecta su percepción de las sensaciones y emociones que le producen malestar en su interacción con el objeto externo, pero mantiene su atención e interés vincular por el objeto, procurando suprimir la expresividad de aquellas emociones o deseos o iniciativas que puedan conducir a un conflicto o a la alteración del estado de satisfacción o bienestar personal con aquel del que depende. A su tendencia a la sobreadaptación, en busca de una común-union primitiva con el objeto al que procurará no alterar para no sufrir en carne propia sus alteraciones, podrá añadirse una entrega abnegada como sujeto sostén hiperresponsable que no podrá decir NO ante las demandas o expectativas del otro. De este modo y con ésta lógica esperará que los demás le correspondan de manera simétrica y equivalente a su modo de entrega. Sin embargo cuando el otro, desde el ejercicio de su individualidad diferenciada, manifieste una priorización de sus intereses personales, el

sujeto quedará profundamente herido y decepcionado, pudiendo llegar a una acumulación traumática de decepciones.

Frecuentemente, desarrolla la recreación imaginaria de un sí-mismo idealmente bondadoso y justiciero, del que cualquier atisbo de egoísmo está excluido interaccionando virtualmente con el mundo externo, y procurando evitar toda expresividad que desencadene un conflicto hasta que, la carga de resentimiento y malestar acumulado contra el otro, que no corresponde especularmente al ideal esperado, lo hace estallar emocionalmente de manera desmedida, fuera de tiempo y lugar.

Distintas descripciones desarrolladas entre el perfil prototípico de lo psicósomático y del déficit de atención, con o sin hiperactividad/impulsividad, son intercambiables y complementarias entre sí. La afectación con déficit de atención, con o sin hiperactividad, puede presentarse como manifestación prevalente, simultáneamente o a posteriori, de las tempranas manifestaciones de la patología psicósomática reveladoras de sufrimiento infantil. El niño con déficit de atención, con o sin hiperactividad/impulsividad ha padecido, frecuentemente, en sus primeros tiempos de vida, trastornos psicósomáticos debidos a un sufrimiento emocional, que puede permanecer después sin la correspondiente expresividad.

10.52. Ausencias y diabetes.

Este punto analiza la ausencia, derivada del movimiento regresivo-reconstructivo que conecta a un niño de 3 años y medio con experiencias tempranas de angustia y desamparo.

Éste fragmento de sesión se produce 4 meses después de iniciar las sesiones psicoterapéuticas de la triada con Sebastián, un niño diabético de 3 años y medio, frecuentemente hospitalizado debido a severas descompensaciones diabéticas. En éste tiempo ya no se producen los terrores nocturnos que invadían sus noches desde hacía meses.

M - "Yo lo encuentro más tranquilito y más ñoño. Hemos estado muy pendientes de él porque tenía muchas "bajadas" (hipoglucemias).

Pero, ahora, si le decimos que no es que no.

Ha estado más con bajadas. Lo llevaba a la escuela y al rato había que ir a por él.

El está siempre con mucho ejercicio. Me llamaron diciéndome que le dolía la cabeza y pedía comida. Llegué, estaba más ñoño pero la glucemia la tenía perfectamente... quería mamá o otra...

T- ¿Otra?

M - ¿O no?

T- Mamá es mamá.

M - Al subir al coche se me quedó muy mal, yo pensé que no le apetecía estar en la escoleta.

Lo subí detrás del coche y noté que no me contestaba. Miré y lo vi con la cabeza agachada entre los sillones y estaba blanco con ojeras. Lo llevé al centro de salud, le hicieron pruebas de glucemia y estaba bien.

Estaba decaído pero no tenía nada y no ha vuelto a tener nada, ni ninguna bajada. Después sólo quería dormir, no tenía hambre".

Neuropediatría ha descartado una etiología neurológica.

El supuesto de los padres, de que el niño desea y disfruta de ir a la escuela desde el año y medio, argumentado con que nunca ha llorado ni protestado a la hora de ir y porque

se muestra muy implicado en el proceso de aprendizaje escolar, con un alto nivel de rendimiento, auto-exigencia y perfeccionismo, comienza a desmoronarse ante la evidencia de unos síntomas de cefaleas y ausencias, ya sólo achacables a los efectos emocionales silenciados hasta ahora, producidos en los tiempos de su separación al estar a la escuela.

La prematuridad en el desarrollo de sus recursos cognitivos y comportamentales, con el fin de ser lo más independiente posible del otro, había generado un comportamiento pseudo-autosuficiente que producía la impresión de que no existía el miedo a la separación y de que además (para la madre) su vinculación podía desplegarse con cualquier otra mujer.

No se le reconocía la necesidad y el deseo básico y vital de sentirse estrechamente vinculado a su propia madre, que el propio niño tampoco expresaba. A la madre le parecía que cualquier mujer podía servir para arropar al niño. No se identificaba a sí misma como la principal destinataria de una demanda de ternura, dramáticamente silenciada hasta ahora en sí-mismo por el niño, y también por ella.

Su propia situación emocional no le permitía empatizar con el mundo emocional del niño, que anhelaba y se desorganizaba somáticamente por vivirse excluido del mundo emocional e intersubjetivo de su madre. No conseguía convertirse en el niño de sus sueños ni sentirse destinatario de la inquietud y de la ternura maternal.

Por primera vez, puesto que hasta ahora había rechazado tal hipótesis, la madre interpreta que el niño no desea estar en la escuela. Aunque plantea que el niño desea estar con una mujer que pueda hacer de mamá, sin poder aún asumir que la mamá que el niño busca con desesperación, es ella y no otra.

También señala que las descompensaciones diabéticas han cambiado de signo: ahora tiene frecuentes bajadas y no las intensas subidas de antes, en consonancia con una menor utilización de los mecanismos maníacos y la aparición de una depresividad.

Otros cambios que se han producido son: un estado de mayor tranquilidad y una actitud “ñoña y blanda” que van a la par, señalando una menor utilización de los recursos de defensa maníacos o del “comportamiento vacío”, así como la inauguración de unos movimientos regresivos que le permiten acceder a una posición emocional pasivo-dependiente-solicitante, constantemente eludida hasta ahora.

De éste modo comienza a manifestarse una demanda de “cercanía corporal” mientras va disminuyendo la utilización del “moverse sin parar” como recurso que, hasta ahora le permitía mantenerse a cierta distancia vincular del otro, evitando su olvido, y descargando la angustia-tensión por la vía de la sensorio-motricidad.

La mayor “blandura” señala, además de un aflojamiento de la rigidez-tensión corporal, un movimiento de búsqueda de la ternura del regazo materno, que se opone al imperativo, en el que se ha vivido pillado hasta ahora, de tener que ser muy mayor e independiente de forma muy precoz apoyándose casi únicamente en su propio cuerpo, convertido en “torre de centinela”.

La regresividad, que se está abriendo camino hacia posiciones vivenciales, en las que no pudo desarrollar en su tiempo una experiencia nutritiva de co-creación de un espacio intersubjetivo primario-común e ilusionante con su madre, le permite ahora reaccéder a ellas buscando la reparación y el llenado afectivo.

Del lado de la madre, después de años sin poder contenerlo-sujetarlo empáticamente, ahora se observa en ella una mayor capacidad de establecer unos límites

diferenciantes del sujeto y del objeto, así como de “lo bueno” y de “lo malo”, mediante la utilización del “no”. El no que ella no había podido usar aún con los demás y tampoco con su hijo.

Aparecen también por primera vez en el niño, en los tiempos de separación, dolores de cabeza enlazables a un mayor trabajo de integración psíquica de la excitación-angustia-desamparo que hasta ahora desencadenaba la descompensación diabética.

Pero la elección de nuevas vías de tramitación de lo traumático también se observa claramente en otros registros: ya no es la vía comportamental del comer compulsivo lo que se elige ante la excitación-angustia-desamparo, sino la vía regresiva del dormir arropador en compañía, permitiéndole reencontrar, desde la regresividad-pasividad, un espacio de repliegue narcisista, que posibilita una experiencia revitalizadora del sueño de unión simbiótica y tierna.

Al vivirse recogido por su madre se desencadena, estando en el coche, un movimiento de regresividad-pasividad que lo confronta, brutalmente, a anteriores vivencias traumáticas de desamparo experimentadas en los momentos de separación. Ésta reactivación genera una angustia ingerenciable que desborda sus recursos de asimilación y lo engulle en un proceso agudo de caída en la depresión esencial. Esta misma experiencia ha sido descrita por anoréxicas adolescentes cuando se encontraban en ése mismo movimiento regresivo de acercamiento afectivo hacia su madres.

La irrupción cercana a la conciencia, del estado angustioso, facilitada por la caída de los mecanismos maníacos y “operatorios” de autosuficiencia y desconexión de la percepción somatoemocional del desamparo, se produce en paralelo a la aparición de los movimientos regresivos que buscan nutrir afectivamente las huellas de unos tiempos de profunda soledad en los que sigue vivo el intenso anhelo vital de co-construcción del apego con el objeto materno.

Impactada por la irrupción del estado de intensa angustia basal crónica, se activa un movimiento defensivo de intensa retracción-desinvertimiento pulsional que, para intentar evitarle la confrontación al sufrimiento, lo sumerge en un estado de sideración psíquica cercano de los estados estuporosos. Se produce entonces un estado de ausencia intensa y prolongada.

Este niño fue un gran prematuro que, al nacer, se encontró con una madre muy afectada por una gestación de riesgo y por unas circunstancias traumáticas que rodearon el parto y postparto que la precipitaron en una grave depresión.

Su madre se convirtió en una magnífica madre.

10.53. Violencia emocional y ausencias.

Ana es una mujer adulta que padece crisis de angustia automática que la paralizan física, emocional y cognitivamente, dejándola sin poder reaccionar largo tiempo. A veces varios días. Resulta especialmente sensible al estado emocional de los demás y a las representaciones, supuestamente negativas que estos puedan albergar de ella. No puede evitar sentirse intensamente afectada por ambas dimensiones. Aunque su hiperreactividad emocional no sólo tiene que ver con los estímulos procedentes de la experiencia relacional y del estado emocional de los demás, sino también con los diferentes estímulos sensoriales ambientales, como los sonidos, la temperatura y, de manera especialmente intensa, con la luz.

Veamos un fragmento de sesión:

“A lo mejor las ausencias son por ése sentirme mal-culpable por lo que le pasa a otro”.

(Habla del malestar de su madre, de su cara contrariada porque la ropa que se había probado no le había ido bien). “¡Vamos...vamos!”...”cuando me lo dijo era como si me culpaba a mí...y ahí me coge el susto...y pensé, reflexionando, que no me tenía que pasar nada. “Pensé que si era por esa situación cuando tuve las ausencias, debí pasar por estas situaciones de desprecio. Como si ella quisiera que a ella le fueran bien las cosas y a mí no. Es la situación esa la que me hace daño. Si yo me compro algo ella también se lo quiere comprar... y es la manera en que lo hace”. “Hay veces en que ella dice cosas, que no sé decir que son, pero llego a casa “atacada” y lo pagan los de casa...mi marido me dice que estoy imposible... siento “maliccia”. La “maliccia” que vivo dentro de mi casa la traigo de fuera, al estar en contacto con ciertas personas como ella”. “El otro día una amiga de mi madre me dijo que me parecía a ella y yo no quiero parecerme”.

T- Ahora que es adulta se da cuenta de que el pensamiento se paralizaba, cuando entonces no lo podía pensar.

“Si, de pequeña los médicos me decían que una “venita” se me desconectaba y era una forma de explicar lo que siento, que algo dentro de mí se desconecta”.

“De pequeña yo pensaba que alguien con poderes me hacía mal... que el mal venía del exterior... y viene del exterior, mi madre y mi tía me agobian las dos. Ahora comprendo ese temor de como si me viniera de otra persona. Antes yo no podía pensar que era de ellas”.

“Al sentirme mal y tener ese temor yo pensaba que alguien de afuera me lo hacía pero no podía pensarlo como ahora. Con las dos me agobio... dependes de como están las dos. A medida que lo voy pensando me siento mejor”.

“Cuando están “maliciosas” los ataques son contra mí y el cambio de la fachada exterior, a lo que sale de ellas, es mucho cambio”.

“Y como las dos eran iguales yo pensaba que yo tenía la culpa, pensaba que la diferente era yo y los demás iguales”

En estos párrafos se refiere a la violencia que ha sufrido desde pequeña. Una violencia que provenía simultáneamente de dos objetos: la madre y la tía. Ambas han descargado sobre ella la violencia a la que ella se refiere como “maliccia”. Los ataques han sido reales y es ahora, cuando puede entender que no eran imaginaciones suyas, ó que no eran seres extraños y anónimos la causa de su sufrimiento interior, sino ellas dos, cuando puede sentirse bien.

Ahora que ella puede autorizarse en reconocer y creer que lo que vivió de pequeña era cierto, es cuando puede salir de la situación de la niña que padece los efectos que otros le producen sin que lo pueda explicar, y sin que nadie la crea si ella llega a quejarse. Puede salir del efecto abrumador que produce la descarga violenta del objeto que lo culpa de su propio mal vivir, sin que pueda defenderse. Señala que sus ausencias debían de producirse a causa del intenso malestar que le producían los sentimientos de culpabilidad que ellas cultivaban en ella, haciéndole creer que ella era la causa directa de la amargura desquiciadora y violenta que las habitaba.

Creaban en la niña la concepción de que ella era de una naturaleza tan peculiar que lograba estropear la alegría en las dos. La responsabilizaban de que la existencia de ella fuera el origen del vivir amargo de ellas.

En ésos momentos en los que se vive atacada por esa descarga violenta y acusatoria de su madre es cuando experimenta el susto y desea desaparecer, para quedar aliviada.

En dos niveles se produce el intento de aliviarse de ésa experiencia insoportable:

Mediante la desconexión de su percepción emocional y temporal y cuando sucede una crisis epiléptica, porque la libera de lo que la desconexión funcional del yo no logra: evitar que siga persistiendo un estado interno muy atormentado.

Culpada, despreciada, herida por quien dice quererla, si ella no puede ser objeto de amor, sino más bien de lo contrario, no le queda más salida que la de desaparecer, dejar de existir, ausentarse... suicidarse, cuando en realidad ella desea seguir agarrada a su vida.

En su caso, el ataque violento del objeto pretende no sólo descargar la violencia y la insatisfacción que lo atormenta, también pretende hacer desaparecer del sujeto todo rastro de satisfacción, de placer y de alegría. Rivaliza con la niña en torno a las situaciones que pueden generarle satisfacción y se apodera de ellas para despojarla con una actitud de arpía.

Aunque varios aspectos agravaron su indefensión:

Las dos reaccionaban de la misma manera con ella, haciéndole creer que era la causa de su malestar. La queja de una era confirmada por la otra. Le han hecho creer que ella era de una naturaleza diferente a ellas y que ésa diferencia era el origen de su amargura. Ambas muestran una fachada de gran amabilidad y complacencia social, que dificulta poder pensar en la existencia oculta de una violencia infanticida.

9.53.1 Contagios emocionales y angustia.

“Si yo hablo con una persona que está angustiada eso me penetra, me penetra. El otro día mi hermana me habló de un problema y seguramente me angustió su angustia”.

En ausencia de unos adecuados recursos de co-regulación de la sensibilidad receptiva y perceptiva, que filtren los contenidos emocionales provenientes del exterior, la experiencia de contagio empático se produce sin que exista una fórmula que permita evitar la resonancia inmediata que produce la angustia ajena. La angustia, como contenido emocional concreto, es productora de una angustia propia.

La percepción de desvalimiento ó indefensión propia ante la recepción de la angustia ajena, también es motivo de angustia.

La penetración, inevitable, de los contenidos emocionales y cognitivos del objeto produce una vivencia de apoderamiento y de incrustación parasitaria en la propia mente. Sentimientos y pensamientos ajenos podrán permanecer largo tiempo contaminando las propias concepciones, emociones y deseos sin que se logre su desalojo.

Se trata pues de una vivencia simultánea de lleno de contenidos ajenos parasitantes, y de vacío y pérdida de los contenidos propios: recuerdos, pensamientos, sentimientos y sensaciones. Vacío y pérdida desamparadora que se inscribe en el contexto de la impotencia al intentar lograr su recuperación.

La confrontación a la presencia de los contenidos ajenos dentro de la propia mente genera también una experiencia de desorientación puesto que el sujeto que los experimenta dentro de sí mismo, tiene dificultad para re-identificarse a sí mismo desde un discernimiento de lo propio/ajeno, mediante un cotejo con los propios contenidos que han quedado drásticamente desplazados sin recuperación posible.

Esta dificultad para discernir lo propio y lo ajeno, que procede del tiempo del bebé, produce una confusión que, en ésta paciente, llega a ser vivida como cercana de la locura. Esta confusión angustiada, que lleva a dudar sobre el propio sentido de percepción de la

realidad, se produce al no poder discernir que la procedencia de dichos contenidos, que no son coherentes con la experiencia identitaria, tienen un origen distinto al sí-mismo y no son la producción incongruente de una actividad delirante del Yo.

Usada como defensa ante la angustia, los efectos de la desconexión radical de la percepción angustiante pueden llevar a: dejar de percibir las emociones internas y también las externas, situación que deja al sujeto sin poder discriminar lo que siente, o lo que sienten los demás.

Pero, a pesar de la desconexión radical de la percepción-atención, existe una hiperreceptividad interna, que no puede evitarse:

“Y recuerdo también las campanas que tocaban a muerte. Aunque intentaban distraerme la atención, yo las oía. Y me da temor a oírlas, la sensación es como si me fuera a pasar a mí o algún familiar mío”.

La imposibilidad de evitar recibir los contenidos emocionales ajenos, es comparable con su experiencia auditiva de no poder evitar oír las campanas mientras intentaban distraerla de ése sonido. Aunque el objeto intente desviar la atención del sujeto, mediante un comportamiento ó unas palabras que distraigan su atención, el contenido emocional ajeno sigue resonando dentro del sujeto.

Existe el temor permanente de que ella quede afectada, ó de quede afectado el objeto. El temor a que el objeto quede afectado tiene al menos dos motivos: poder perderlo y experimentar desamparo, y sufrir, por contagio, su afectación.

“Y yo sé qué ha pasado algo, pero no sé qué ha pasado ahí... esa sensaciones me han producido mucho temor porque han sido percepciones muy raras... y no puedes pensar que son sensaciones de tu mente, piensas que alguien te lo hace y ahí padeces. Ahí me siento una niña pequeña indefensa”.

“Yo me tengo que defender de lo de mi propia mente pero no tengo defensa, cuando alguien no está bien enseguida me doy cuenta. Enseguida sé que pasa algo, percibo algo, el disgusto. Percibo la sensación y eso te afecta mucho. Porque aunque estés alegre percibes lo que pasa en la otra persona”.

Siendo pequeña no puede pensar que las sensaciones corporales que la asustan tanto, sean el efecto de una experiencia emocional. Sólo puede pensar que un objeto malintencionado y no familiar es el responsable. Teoría que desvía la responsabilidad hacia un objeto anónimo y extraño, con poderes mágicos, que exime al familiar.

La experiencia de indefensión se produce ante la imposibilidad de poder evitar que su mente perciba el malestar del objeto. La inmediatez de ésa percepción del disgusto del otro, a pesar de sus deseos de evitarla ó del estado alegre en el que se esté viviendo, se manifiesta a través de la sensación corporal.

Esas reacciones corporales inevitables, producirán en el bebé una experiencia irruptiva y displacentera que romperá el estado de satisfacción anterior, la experiencia de continuidad de sí mismo, así como la expectativa alegre y sosegada de anticipación confiada, basada en la experiencia de una relación satisfactoria con el objeto.

La piedra angular de la experiencia placentera de ser objeto de deseo para otro, que abastece de placer, se agrieta desde la experiencia interactiva. La carga de placer, de la que el bebé tendría que ser abastecido, es frecuentemente sustituida por el displacer. La experiencia, sostenida y mayoritaria, de comunión con el objeto en un tiempo de sosiego,

placer, seguridad y confianza, queda seriamente inconstituida por la prevalencia de la experiencia de disgusto y desasosiego experimentado en su cercanía.

La tendencia vital del bebé es la de constituir y conservar una experiencia de sí mismo abastecida por el acceso a la realización alucinatoria y real del deseo de ser objeto de satisfacción-placer. Ésta tendencia asegura el abastecimiento pulsional-libidinal y reafirma el deseo de mantener investidas las huellas mnémicas y las representaciones internas de objeto que pueden ir construyéndose en la interacción. Si la experiencia interactiva resulta traumatógena, el bebé puede renunciar a la re-construcción de esa experiencia puesto que es, desde ella, desde dónde se vive golpeado por el disgusto. Si no existe el anhelo por el gusto no se experimentará su pérdida.

La renuncia a mantener la tendencia reconstructiva de la satisfacción alucinatoria del deseo, para evitar el dolor de su pérdida, así como la falta de materiales experienciales básicos apropiados para su edificación, serían dos cuestiones especialmente implicadas en la constitución deficitaria del sistema que abastece y sostiene al narcisismo primario (amor propio). No sólo se renunciaría al mantenimiento de las investiduras de objeto, también se renunciaría a conservar investida la tendencia a constituir y conservar el sistema continente regazo-onírico-narcisista, desde el que poder conservar y direccionar la vitalidad. No es sólo, pues, la falta de experiencias constitutivas del soñar placentero, *sino la renuncia activa a mantener investido el sistema que lo hace posible*, lo que pone en jaque su desarrollo.

No es sólo a la experiencia de pérdida del investimento libidinal del objeto, a lo que puede vivirse dolorosamente expuesto el sujeto, sino también a la pérdida de su capacidad para asegurar la conservación de un sistema de realización alucinatoria del deseo que resulte eficazmente útil para seguir albergando y resguardando su deseos de comunión vital con el objeto.

10.54. Vivencia corporal-contratransferencial del terapeuta y función maternal.

La experiencia de malestar corporal experimentada por el terapeuta que escucha a un paciente, niño o adulto, afectado por un estado de intenso estrés basal (o intensa angustia difusa basal) resulta muy frecuente.

En esa situación la experiencia de afectación somatoemocional del terapeuta, efecto de la resonancia contratransferencial derivada de la captación analógica del sufrimiento o estrés basal intenso presente en el sujeto, se traduce en una sensación de malestar generalizado con, en algunas ocasiones, una sensación intensa y muy molesta de opresión en el pecho, estomago o garganta.

Esta experiencia dificulta sobremanera poder mantener la atención en la indagación de detalles experienciales comunicados en el plano digital y, al mismo tiempo, anotarlos, puesto que el relato intensifica especialmente la tensión basal estresora presente en el sujeto, sin que éste sea consciente de ella, e impacta la sensibilidad sensoriomotora y endosomática del terapeuta, el cual se percibe debilitado en su esfuerzo por mantener la doble atención de escuchar y de anotar.

La naturaleza de ésta experiencia contratransferencial, cercana del concepto de resonancia encarnada de Gallesse (2006) y de los conceptos de enaction y de empatía metaforizante de Lebovici (1960), indica claramente la necesidad de atender el plano de la experiencia analógica sentida corporalmente por el terapeuta, y de centrar la atención en la experiencia emocional intersubjetiva compartida, para restaurar o instaurar un clima

emocional o afectivo relajado y cálido en el terapeuta y en el paciente, respetuoso del ritmo intrapsíquico de priorización en el abordaje de los contenidos vivenciales narrables, emanados de éste último.

Este clima afectivo implícito (Spitz, 1965) a asegurar, se apoya en la naturaleza de la empatía primaria, ligada a la función maternal del terapeuta, atento a los estados de desregulación somatoemocionales experimentados por el sujeto y percibidos en sí-mismo.

En ésta situación, significativa de que los recursos de co-regulación de la receptividad y de la perceptividad del sujeto se encuentran dañados, debe de asegurarse, ante todo, una adecuada sincronía interactiva verbal y preverbal, así como una adecuada sintonía emocional, como base de co-contención y co-metabolización del sufrimiento silencioso padecido por el sujeto.

Pudiendo de ése modo ir descifrando la naturaleza y la intensidad de dicho sufrimiento enmudecido, sin exponerlo a una sobreestimulación o sobreexcitación somatoemocional traumatógena y, por tanto, iatrogénica.

Cuidar del clima emocional compartido en las sesiones con personas afectadas por un estrés basal intenso o angustia intensa derivados de la experiencia relacional temprana, resulta capital para su mejoría o su recuperación.

Puesto que el modelo vivencial somatoemocional de estar-con-otro, o de correulación del estado del bebé, se encuentra internalizado e inscrito en su memoria implícita, activa e intercomunicada con otras memorias interafectables entre sí a lo largo de toda la vida, será por tanto el adecuado clima emocional terapéutico sostenido, de estar y sentirse-bien-con-otro y consigo-mismo, lo que permitirá, al interiorizarse como nueva experiencia somatoemocional, convertirse en un nuevo modelo que permita mejorar la autorregulación del estado y, en cierta medida, modificar la huella de la experiencia emocional temprana contenida en la memoria implícita.

10.55. La importancia de atender a los padres junto al bebé.

Para explicar la importancia que tiene incluir al bebé y al niño/a pequeño/a desde los primeros momentos de nuestra intervención terapéutica, describiré 3 sesiones de una intervención solicitada por unos padres preocupados por el comportamiento ausente y evitativo de su hija en su relación con ellos y con otras personas que, según el centro de atención temprana que la atendía, suponía un riesgo de evolución autística.

Antes hablaré de la enorme importancia que tiene establecer con los bebés o niños pequeños una experiencia interactiva desde los primeros momentos de nuestro encuentro, mediante un dialogo y unos juegos que los incluya como “parte entera”. Esta iniciativa permite establecer un primer contacto comunicativo y “enactivo” (Lebovici, 1960), muy fructífero para comprender y comenzar a ayudarles.

Habitualmente, después de unos primeros momentos en los que recojo la preocupación principal que motiva la consulta de los padres, inicio un dialogo con el bebé/niño/a, ajustándome a su edad y respetando la disponibilidad y sensibilidad que él me muestre, mientras ellos observan lo que sucede entre él y yo con ellos, entre él y ellos conmigo, y entre ellos y yo con él.

Hablamos sobre lo que han vivido con el bebé, sus preocupaciones y sobre las manifestaciones que éste produce en la sesión.

La alternativa de hablar sólo con ellos mientras el bebé/niño permanece observando pasivamente, puede generar en él una intensa vivencia de desagrado e incomodidad, incluso angustiada, por sentirse desatendido en presencia de un extraño. Ésta situación me parece hoy en día cada vez más impracticable puesto que el bebé/niño que ha llegado a un lugar desconocido y se encuentra largo rato ante un extraño que no se dirige a él, puede sentirse claramente excluido, molesto e inquieto, a pesar de estar con sus padres.

Para transitar por ésta modalidad de integración y exploración de los recursos para desarrollar una experiencia relacional intersubjetiva con el bebé, es necesario superar la idea de que sólo después de haber recogido mucha información anamnésica de manera mecánica, estaremos en condiciones de entenderle para iniciar una relación útil o terapéutica. De hecho, el bebé que llega se encuentra en una posición vivencial de sufrimiento o malestar con la que es necesario contactar pronto para aliviarlo.

Interactuar con él, mientras vamos recogiendo la información parental, nos provee de unas representaciones sobre su experiencia vital y nos permite construir un modelo de comunicación e interacción con el que encauzar nuestra relación.

Los padres observan las conductas pero no consiguen, en general, a pesar de su alta sensibilidad y capacidad de percibir las desviaciones de su desarrollo, representarse la vivencia intrasubjetiva angustiada de su bebé o la naturaleza de la misma. Esa dimensión interna, a veces oculta, de sufrimiento experimentado en la interacción, que el bebé maneja con dificultad mediante los distintos recursos intrapsíquicos y comportamentales que posee en función de su edad, es la que debemos de descubrir entrando emocionalmente en contacto con ese ser “desconocido”.

La resistencia terapéutica a iniciar un primer contacto con el bebé procede, la mayoría de las veces, de la mezcla de inquietud e incertidumbre que nos produce iniciar la comunicación con una persona de pocos meses o semanas de vida, que aún no ha desarrollado un lenguaje verbal para narrarnos su experiencia. Persona a quien, frecuentemente, adjudicamos una incapacidad para comprender e interactuar con nosotros de modo significativo.

No nos atrevemos a confiar en nuestras capacidades, suya y nuestra, de desarrollar una experiencia emocional y cognitiva, interactiva e intersubjetiva, capaz de co-producir representaciones significativas del mundo interpersonal e interactivo, mediante los recursos disponibles en el registro de la co-empatía primaria, y producir una vía de entendimiento e interpelación mutua.

1ª sesión.

Lo que voy a relatar es lo que sucedió después de que Angela, de 16 meses, cayera fortuitamente, después de estar, desde hacía unos 20 minutos, interaccionando/jugando conmigo en la primera entrevista padres-bebé.

Después de estar jugando a mostrarle algunos personajes de la caja de juguetes y de jugar con ella con la casita (puesta sobre la mesa) haciendo aparecer, y desaparecer, personajes que salían del interior después de llamar con el timbre de la puerta, en cierto momento en el que Angela se apoyaba sobre uno de mis brazos y dio un paso adelante para apoyarse en mi sillón, éste se movió y ella perdió la estabilidad. Se cayó de lado golpeándose la cabeza contra la pared. Acudí de inmediato recogéndola por la cabeza y el cuerpo y detrás de mí, venían también su madre y su padre para recogerla. Se había hecho

daño y comenzaba a llorar de dolor. El momento de ésta caída coincidía con el momento en el que estaba preguntando a los padres cuanto había llorado siendo más pequeña y cuanto ahora. Pregunta que la madre me estaba contestando con la afirmación de que casi nunca lloraba.

En el momento de ponerse a llorar por el dolor del golpe, la madre me dijo que en situaciones así de dolor físico, sí lloraba, aunque poco. En situaciones así y cuando ella desaparecía de su vista.

Al iniciar el llanto, la madre y el padre comenzaron a calmarla, claramente preocupados por el dolor sufrido y la expresión de angustia ante la experiencia de indefensión y vulnerabilidad sentida en la pérdida de su equilibrio y en su caída.

Después de comprobar que la niña no había resultado lesionada en el golpe contra la pared y de observar que la madre y el padre se esforzaban en silenciar su llanto, intentando con ello también aplacar su dolor, les dije que su hija necesitaba probablemente seguir llorando. Les pregunté si solía llorar con tristeza o pesar y me dijeron que no. Podía llorar por un dolor físico o al sentirse dejada, pero sin esos sentimientos.

Mientras hablábamos sobre el llanto, la niña había comenzado a salir de él, recuperando rápidamente una posición de entereza ante lo sufrido.

Después de unos segundos sin llanto, el llanto volvía sin embargo de nuevo, mientras los padres la abrazaban. En ésa secuencia de entrar y salir, en la que se entreveía algún atisbo de pesar, para sorpresa de los padres, comencé a decirles que era conveniente acoger sus sentimientos y acompañarla en el desarrollo de su llanto. Bien fuera en el regazo o permaneciendo a su lado. La niña también escuchaba lo que les decía.

Así pues, los padres iniciaron una conducta de arropamiento y acompañamiento, que requería de ellos una nueva fórmula de ayuda. Poder hacerla sentirse sostenida y comprendida en sus sentimientos, sin interrumpir la vía de la expresividad, que por primera vez podía ser transitada hasta poder expresar los afectos más intensos y profundos, durante todo el tiempo que le hiciera falta.

De éste modo asistimos a una situación completamente nueva para los padres y sobrecogedora para mí. Se callaba, me miraba, los miraba, comenzaba de nuevo con la mueca de disgusto y pena, salía en seguida de la mueca y a los pocos segundos volvía a la misma mueca, mientras se movía de un lado hacia otro, pidiendo ser cogida en brazos por uno de ellos para, muy poco después, pedir ser cogida por el otro.

Como alma en pena, intentaba profundizar en el llanto sin poder encontrar huellas experienciales a las que poder agarrarse para dejarse ir y transitar por las sensaciones físicas y emocionales de ésa vía, aún no recorrida por ella.

Iniciaba el llanto y paraba en seco, nos miraba con un rostro cada vez más marcado por la angustia y la tensión, sin poder adentrarse en el llanto buscado. Sus movimientos o sus peticiones de ser cogida en brazos, inmediatamente acompañadas de la petición de ser depositada en el suelo o en los brazos del otro se repetían, mientras el malestar que iba aflorando se parecía cada vez más a la situación en la que una persona siente una angustia física que le pide vomitar de manera urgente, para evacuar un contenido que lo afecta produciendo un intenso malestar pero, para su desesperación, no lo consigue.

Ése sufrimiento estaba en su rostro. Ella quería entrar en la vía de la expresividad de un hondo y muy intenso malestar somatopsíquico, pero su falta de experiencia no se lo permitía. En ésta situación permaneció alrededor de media hora mientras, poco a poco, sus incursiones en la vía del llanto abierto, eran más hondas y el llanto que emanaba de ella más expresivo de una profunda y dolorosa pena.

Los padres siguieron fielmente mis consejos y fueron encontrando el equilibrio que les permitía respetar su necesidad de llorar una profunda y desconocida amargura, y de seguir ofreciéndole un consuelo compasivo no obturante de su expresividad.

Nunca hasta este momento Angela había llorado como hoy, afirmaron los padres. Así debía de ser, puesto que no sabía como hacerlo. A medida que pasaron los largos minutos que nos conducían al final de la entrevista, Angela fue reintroduciéndose una y otra vez en el camino de la expresividad, identificándolo y saliendo de nuevo para, inmediatamente después, reintroducirse con más decisión y profundidad. La experiencia que iba adquiriendo iba constituyendo poco a poco en ella una confianza en sí-misma.

Los contenidos emocionales expresados en ése recorrido no dejaban lugar a dudas sobre su naturaleza: intensa angustia, amargura, desesperanza, profunda tristeza y desconsuelo.

Al final de la sesión, se marchó con un llanto desgarrador que ya venía expresando desde hacía unos 10 minutos.

¿Pero, porqué? ¿Que había vivido ésta bebé para sentirse tan profundamente afectada?

En ése tiempo empleado en descubrir la vía de acceso a la expresividad y a la exteriorización de tantos afectos amargos contenidos en su interior de manera oculta, pedía ser cogida en brazos pero en ellos no encontraba el alivio buscado. Pasaba de los brazos de su madre a los de su padre, y al revés, una y otra vez hasta que, finalmente decidió permanecer sentada en el suelo, al lado de ellos, dejándose llorar.

A lo largo de todo ése tiempo yo me dirigía a los padres para explicarles la necesidad de su hija y la importancia que tenía poder satisfacerla, pero también me dirigía a ella para decirle que lo estaba consiguiendo, que podía seguir llorando su pena sin preocuparse por los demás. También iba poniendo nombre a los afectos que ella iba expresando para ayudarla a identificarlos y para que supiera que sabíamos lo que estaba sintiendo y estaba llorando. Ella debía de saber, desde el inicio de su nueva experiencia, que el camino que estaba recorriendo me resultaba muy familiar y que en él no iba a perderse, sino más bien a “encontrarse” mejor. Así lo estaban entendiendo también los padres.

2ª Sesión.

Esta sesión fue dedicada mayormente a la recogida de información anamnésica y a ofrecer una primera impresión diagnóstica a los padres.

Después de llegar, la madre se sentó con Angela sobre uno de los taburetes bajitos desde los que podía estar a la altura de la mesa de juegos. Mientras les preguntaba por la evolución de Angela, la niña comenzó a moverse alrededor de la mesa de un lado a otro, mientras se sujetaba en ella. Observaba los juguetes con los que habíamos jugado ella y yo en la anterior sesión pero no hacía ademán de acercarse a ellos y no los cogía.

En cierto momento pregunté a la madre por lo que había sucedido en la semana anterior y ella me dijo que nada de especial, que apenas había vuelto a llorar incluso cuando ella se negó en bajarla de los bracitos. Le dije que no se trataba de hacer que ella llorase sino de permitirle cuando ella tendiera a expresar esa necesidad de forma espontánea. Retomamos entonces la situación de llanto desgarrador y muy penoso, que observamos el día anterior.

Cuando les dije que llorando fue accediendo a unos contenidos emocionales muy angustiosos la madre estuvo totalmente de acuerdo y el padre asintió también. El padre me dijo que no pensaba que le hubiera pasado nada que generase tal angustia y yo volví a formular de nuevo la misma pregunta que ya había formulado un par de veces en los minutos anteriores de esta nueva sesión: ¿qué había podido producir tal angustia en Angela? ¿De dónde procedía esa angustia?

En ésta ocasión fue la madre quien apuntó un hecho muy penoso: cuando la niña tenía 3 meses falleció la madre de su marido, el papá de Angela.

Me dirigí a él y le pregunté por el motivo del fallecimiento de su madre. Después de hacerme observar que un bebé tan pequeño no se entera de todo eso, me contó, con relativa serenidad, que falleció en poco tiempo tras padecer una enfermedad irreversible. Al preguntarle cómo se había sentido me dijo, con las lágrimas a flor de ojo, que muy mal.

Es entonces cuando la madre me dijo que se lo habían pasado tan mal que se le “cortó la leche”. La madre estalló en llanto y me contó que fue una temporada muy mala para los dos y que su marido no expresaba casi nunca las emociones. Me contó que ella tendía a angustiarse y preocuparse por todo como su madre, muy padecedora, que fue quien les dijo que la niña no hacía lo mismo que las de su edad.

Mientras la madre hablaba de sus temores y el padre relataba, de manera escueta, lo que había sucedido alrededor de la muerte de su madre, la niña había seguido dando vueltas a la mesa de un lado hacia otro, sin poder pararse, en un estado de excitabilidad y tensión evidente, productora de dicha actividad motora. Mientras observábamos su comportamiento, les señalé que la dimensión motora revelaba un estado tensional de naturaleza emocional. En ése momento, en el que la madre mostraba su estado de angustia, me dijo que el neuropediatra le había dicho que se hiciera a la idea de que su niña iba a necesitar años de mucha estimulación.

La sentencia predictiva del pediatra acuñaba un pronóstico de cierta gravedad y centraba la etiología en unas condiciones neurofisiológicas constitucionales muy deficitarias. Llorando, la madre me dijo que se le habían realizado muchas pruebas neurológicas y que todos los resultados habían resultado negativos. Los diferentes profesionales que había visitado le habían dicho que la niña necesitaba mucha estimulación, razón por la cual asistía a un centro de estimulación temprana.

Hablamos de las dificultades que la niña tenía desde siempre para conciliar el sueño y sus frecuentes despertares, describiendo las maniobras que realizaban a diario para dormirla paseándola en el carrito largo tiempo, o acostándola con ellos. La niña no podía dormirse sola sin el movimiento o sin el contacto directo con los padres.

Contacto que, recordando lo que sucedió en la primera sesión, mientras lloraba, ella estuvo rehuyendo puesto que en contacto con ellos se interrumpía el acceso al llanto. Efectivamente, solicitaba estar abrazada y cuando lo estaba se desasía del abrazo. Solicitaba entonces pasar al regazo del otro, el padre o la madre, y volvía a suceder lo mismo.

De este modo podíamos observar que en contacto con ellos no podía dejarse sentir la pena y expresar su llanto.

En la dificultad para dormirse sola también se manifestaba su dificultad para poder relajarse físicamente y desde ahí poder adentrarse en la regresividad del sueño.

En ésta sesión les señalé que tanto en la primera como en ésta segunda sesión no había observado un comportamiento psicopatológico significativo. A pesar del estado tensional evidente, del desasosiego y de la inseguridad en el manejo de su cuerpo, la niña se interesaba de manera adecuada por las personas y por los juegos compartidos que se le ofrecían, como jugar con la casita a llamar y abrir la puerta para descubrir a un personaje saliendo de ella o entrando de nuevo dentro y desapareciendo. En éste juego la niña participó de manera cada vez más interesada abriendo la puerta para descubrir al nuevo personaje. También participó en los juegos con peluches que realizan pequeñas acciones. En ésta sesión se vio que la falta de iniciativa estaba ligada a cierta inhibición que iba cediendo, dejando paso a un incremento progresivo y notable de su interés y participación en el juego compartido. Su mirada resultaba cada vez más atenta y sostenida, mientras su estado de humor se revelaba más alegre y expresivo.

3ª sesión.

Al poco de llegar y sentarse los tres con la niña entre los dos, y mientras la niña se encontraba tranquilamente entretenida en reconocer la habitación con su contenido y a mí, el padre la cogió y la depositó en el suelo.

En ése mismo momento, ante la pregunta que les había planteado sobre el desarrollo de la semana que había transcurrido desde la anterior sesión, la madre me dijo que la niña permanecía ratos sin atender, como ensimismada. Después de que la madre expresara esa preocupación, el padre puntualizó que si se la llamaba la niña miraba a quien la había llamado. En el comentario de la madre, que también había realizado en la primera sesión, se desprendía con claridad el temor a un funcionamiento autista.

Comenté entonces a la madre que los bebés, al igual que ellos, necesitaban recogerse en si mismos, cada cierto tiempo, para digerir las vivencias o percepciones alcanzadas. Les expliqué que se trataba de un movimiento de desconexión de los estímulos externos y del otro, frecuente, periódico y necesario para la adecuada asimilación de las experiencias y estimulaciones acumuladas.

A partir de ése momento les comenté la importancia que tenía poder acompañar el ritmo naciente en el propio bebé. Puse el ejemplo de lo que había sucedido un poco antes, cuando el padre la bajó del sofá en el que ella se encontraba tranquila y sin que ella lo hubiera pedido. Les señalé la importancia de no adelantarnos a la iniciativa espontánea del bebé. Les expliqué que los momentos de desconexión ligados a la necesidad de metabolización de las vivencias acumuladas hasta ése momento, podían ser vividos por los padres con inquietud y ser interrumpidos con la intención de “rescatar” al bebé de un momento de supuesta pérdida del interés por el mundo exterior, siendo en realidad todo lo contrario.

Después de cierto nivel de acumulación de experiencias emocionales y sensoriales externas o internas, el bebé necesita “recogerse para pensar” sobre ellas y así poder dotarlas de la significación suficiente que le permita “re-crearlas” y desprenderse de ellas mediante su interiorización. Liberando así al sistema de percepción-atención inmediata del efecto de sobrecarga padecida por la recepción de cierto nivel de estímulos que pueden producir una desregulación de su estado, el bebé puede sosegarse de nuevo recuperando

las huellas somatoemocionales íntimas del sí-mismo que le aseguran la representación y la vivencia de continuidad de su propio Ser.

Re-crear interiormente la experiencia permite al Yo vivirse en una posición activa generadora de cierta vivencia de control frente a la posición de recepción pasiva de los estímulos que impactan su percepción-atención. En el proceso de dotar de significado a la experiencia se produce una re-creación que permite, en el mismo movimiento, lograr poner en perspectiva la experiencia, estableciendo una distancia entre el Yo y la misma.

Experiencia “auto-reflexiva” de recuperación y cohesionamiento de las huellas vivenciales del sí-mismo con las que poder Sujetarse y sentirse Sujeto.

Si el proceso de re-creación/asimilación no tiene éxito, se podrán activar otros procesos que intenten evitar la sobrecarga de estímulos percibidos intentando expulsarlos de la atención mediante la desconexión de la percepción somatosensorial y mediante la búsqueda de otros estímulos que los sustituyan, en un movimiento sensoriomotor incesante de reemplazo y expulsión del estímulo percibido.

En cierto momento de la sesión la madre vio que la niña se acercaba a la zona en la que cayó el primer día y le dijo “¡te vas a caer!”. Le señalé que, desde su temor, daba por supuesto que se iba caer, mientras que podía ofrecerle otro mensaje como “apoya bien tus manos en la pared para no caerte”. Indicación que podía orientar a la niña hacia un comportamiento más eficaz en la utilización de sus actuales recursos.

Les expliqué la importancia de que, sin negar las dificultades que aún existían, ellos desarrollaran una representación positiva de la niña, puesto que ella se miraba a sí-misma en el espejo de los ojos que la miraban. En éste momento la madre me dijo que consideraba necesario que la abuela, que pasaba mucho tiempo con la niña, viniera también a la consulta, porque se preocupaba mucho por la niña. Acepté su propuesta diciéndole que me parecía una estupenda idea.

Pasé la mayor parte de esta sesión jugando con la niña. La cual se mostró muy participativa y atenta a las dramatizaciones y juegos con los personajes. De vez en cuando se volvía hacia su padre para hacerle participe de su experiencia o se acercaba a él con algún personaje. Observé que pocas veces se acercaba a su madre y procuré que ella se sintiera bien incluida en mis comentarios y en el interés de la niña por ella.

Estuvimos jugando unos 30 minutos, mientras los padres observaban atentamente el interés, la alegría, la atención y la interacción compleja que la niña desarrollaba conmigo sin perderles a ellos de vista. En éste rato de juego, en el que yo dramaticé algunas escenas con los juguetes, invitándola a participar, y me dirigía también a ella hablándole con una entonación emocional ajustada a lo que estaba sucediendo en el juego, o sobre lo que expresaba un personaje, o sobre lo que yo intentaba explicarle en torno a lo que ella sentía, o sus padres comentaban, ella pasó muchos momentos mirándome y escuchándome con una mirada que demostraba una clara actividad reflexiva y empática.

Después de estar ése tiempo jugando conmigo y de que sus padres le cambiaran el pañal, porque se había hecho caca, la niña prefirió quedarse sentada entre los ellos dos jugando de manera tranquila y muy expresiva en sonidos y gestos con la mochilita en la que su madre guardaba su agua y otras cosas. Ante el nivel de actividad alegre, expresiva y relajada que la niña mostraba, la madre me dijo que hasta ahora ella nunca se había mostrado así. Siguió diciéndome, en coincidencia con las observaciones que yo había compartido con ellos en ésta sesión, que en la última semana la niña se había mostrado más tranquila y había comenzado a dormirse sola.

A lo largo de la sesión les señalé el estado de mayor tranquilidad de la niña, la mayor estabilidad y seguridad que ella mostraba en el manejo de su cuerpo, la gran disminución del moverse sin parar del último día, la gran capacidad de atención en las situaciones de juego compartido, los momentos de reflexión, los frecuentes momentos en los que la niña mostraba una atención sostenida desde su interés en comprenderme escuchándome, los comportamientos que señalaban una curiosidad inteligente, su alegría interior, sus balbuceos imitativos de las tonalidades y sonidos que yo expresaba etc..

En definitiva, la niña tan estupenda que tenían. En el contexto de ése reconocimiento de las distintas dimensiones positivas de la niña, nos despedimos.

Hacia el final de la sesión me dijo que en la última visita a su pediatra, ella le comentó que la niña rechinaba los dientes durmiendo. La pediatra le dijo que era debido a una tensión interior de la niña y la madre le dijo entonces que yo les había comentado que algunas de las cosas que le sucedían a la niña se producían por el estado tensional de origen emocional que ella padecía. La respuesta de la pediatra se produjo en dos registros: por una parte se levantó de hombros y por otra negó con la palabra dicha explicación. La madre se sintió sorprendida por su actitud de rechazo, puesto que la explicación sobre la etiología del bruxismo que acababa de ofrecerle coincidía con la hipótesis que yo le había ofrecido.

Me preguntó finalmente si necesitaba de la estimulación que estaba recibiendo y les expliqué que la niña podía beneficiarse de ella, aunque necesitaba sobre todo acceder a una relación lúdica con ellos en la que disminuyera la angustia que se había instalado en ellos a partir de la sobrepreocupación negativa, generada desde el supuesto de que la niña padecía alguna patología importante. Sobrepreocupación que sólo les permitía mirarla en negativo.

CAPITULO 11. Resumen de los conocimientos teórico-clínicos más significativos objeto de ésta Tesis, discusión y conclusiones.

11.1. Resumen y discusión.

Para iniciar el resumen y las conclusiones de ésta tesis, retomaré estos párrafos escritos en el punto 6.9.3 del capítulo 6: *El desencuentro de dos registros:*

*“El primero, de alta perceptividad emocional primitiva, visiblemente constituido desde los primeros días de relación post-natal, conserva una alta sensibilidad receptiva de la interioridad emocional de la madre que conduce, **cuando esta interioridad es de naturaleza traumatógena**, a una reactividad somática antes de que el psiquismo, falto de los recursos adecuados para la asimilación y la defensa, quede definitivamente colapsado.*

El segundo se constituye con el reconocimiento de que la madre es la figura privilegiada para satisfacer el anhelo de apego anaclítico. Cuando se reencuentra con ella sonrío abiertamente, se alegra de manera evidente por recuperarla. Festeja su retorno

La tendencia innata, que puja por constituir y conservar el apego anaclítico con el objeto, se va desgajando y separando de ese primer registro que continúa funcionando con un alto grado de autonomía. Desgajamiento que lleva a un desencuentro radical entre el yo-cuerpo primitivo y el yo buscador del apego y de la constitución de la relación anaclítica”.

- Kandel (2006) señala la existencia de dos sistemas cerebrales, el de la percepción-atención consciente y el de la percepción-atención inconsciente que, según nosotros, en los primeros tiempos de la vida pudieron estar muy entrelazados para ir diferenciándose con el progresivo desarrollo del Yo y su nivel de consciencia, e ir distinguiéndose claramente con una doble función Yoica atencional.
- Ambos sistemas, claramente diferenciados en atención consciente y atención inconsciente, pertenecerían inicialmente a un doble trabajo de la percepción-atención del Yo, con una finalidad o función complementaria e integrativa y no disociativa. Es en ése tiempo y en ése trabajo psiconeurobiológico, en el que quedan enmarcadas las descripciones de la utilización muy temprana de los mecanismos antipercepción, desarrolladas en ésta tesis.
- De una parte se encontraría el primer sistema de percepción del Yo cuerpo primitivo, muy ligada al núcleo basolateral de la amígdala, y por otra, la progresiva evolución y desarrollo de la región dorsal de la amígdala, relacionada con la atención consciente y selectiva.
- El hecho de contemplar estímulos que atemorizan, activa dos sistemas cerebrales diferentes: uno que implica atención consciente, presumiblemente descendente, y otro ascendente, que implica atención inconsciente o un estado de alerta. Según Kandel, así como Crick y Koch, en el caso de percibir, desde la atención consciente, estímulos que atemorizan, el núcleo central de la amígdala envía información a regiones del cerebro que forman parte del sistema nervioso autónomo, que intervienen en las respuestas de excitación y defensa.

- La observación clínica señala que en la época neonatal (dentro de las 2 primeras semanas de vida) ya se encuentran activos varios sistemas y varias iniciativas: la de la percepción del estado del cuidador (angustiado, deprimido, violento, desincronizado afectivamente, etc.) a la que tiende activamente el bebé desde que nace, y la de su evitación activa intentando ausentarse mediante mecanismos defensivos: preformas del espasmo del sollozo; evitando el encuentro con la mirada del otro; evitando responder a su voz; rechazando la alimentación; sustrayéndose a la interacción y percepción consciente y directa del otro; mediante la hipersomnia, etc.
- Si un bebé, como el descrito en el artículo sobre "el traumatismo en el bebé por sufrimiento materno", y otros incluidos en ésta tesis, sigue alimentando el deseo de reencuentro con la madre, es porque, además de ser el objeto de referencia para la propia supervivencia, en su sistema de percepción atención consciente encuentra en su madre un deseo de apego que le está dirigido, y al que él le corresponde manteniendo activo su propio deseo de común-uniión afectiva, a pesar de la percepción dolorosa experimentada simultáneamente en el registro ligado al núcleo basolateral de la amígdala.
- Si en las primeras semanas puede producirse una intensa actividad de rechazo global del objeto, aún cuando éste es un objeto que desea la constitución del apego con el bebé, es porque en esas primeras semanas la orientación que prevalece, y activa al yo temprano en su actividad de defensa, está ligada a las percepciones generadas en el Yo-cuerpo primitivo. Así pues, el doble sistema de percepción al que aluden Kandel, Crick y Koch, se encuentra en plena construcción en los primeros tiempos de la vida.
En esos primeros tiempos, las percepciones que orientan la actividad de defensa del Yo, provienen esencialmente de una actividad psíquica y cerebral, muy ligada al núcleo basolateral de la amígdala que, posteriormente, con la progresiva constitución del sistema de atención consciente y selectiva, quedará en una posición menos prioritaria para analizar la información percibida por la atención selectiva de un Yo más desarrollado y será, por tanto, menos decisoria para orientar la conducta global del sujeto, aunque podrá hiperreactivarse de manera automática ante el re-establecimiento de ciertos enlaces vivenciales.
- Según nosotros, la constitución del núcleo traumático neonatal, convertido en estresor secundario (punto 10.16) pertenece al tiempo señalado antes, en el que las percepciones que orientan la actividad de defensa del Yo provienen esencialmente de una actividad psíquica y cerebral muy ligada al núcleo basolateral de la amígdala. Será éste núcleo el que se reactivará automáticamente después, generando perplejidad tanto en el cuidador como en la conciencia autoobservadora del bebé. La reactivación del enlace vivencial primitivo, con su correspondiente huella sináptica, construido desde la actividad de dar sentido a la experiencia traumatógena podrá suceder aún cuando los factores estresores originales hayan desaparecido.
- La percepción-atención inconsciente de un fondo de sufrimiento interior existente en el cuidador, relacionado con el sistema de resonancia emocional primaria, activará distintas **estrategias** que podrán llegar a ser extraordinariamente radicales, hasta el punto de poder acabar con la conservación del deseo de apego y de vinculación con la propia vida.

- Estas estrategias antitraumáticas buscarán, preservando en todo lo posible el deseo de apego, evitar la percepción del malestar sentido en el ámbito relacional, aunque éste sea producido por diferentes fuentes estimulares negativas, (4 han sido definidas en ésta tesis). Veamos como se llevan a cabo estas estrategias:
 - ✓ Mediante las ausencias tempranas, cercanas del desmayo, preformas del espasmo del sollozo (ya observables dentro de las 2 primeras semanas de vida).
 - ✓ Mediante la hipersomnia (ya observable dentro dentro de las 2 primeras semanas de vida).
 - ✓ Mediante la evitación de la mirada.
 - ✓ Mediante la desconexión de la audición.
 - ✓ Mediante la desconexión de la percepción-atención del malestar propio o ajeno, experimentado a nivel somatoemocional.
 - ✓ Mediante el rechazo de la experiencia de contacto corporal con quien se encuentra enlazado el malestar basal.
 - ✓ Mediante el rechazo de la experiencia emocional compartida.
 - ✓ Mediante el retraimiento relacional, que incluye varios de los comportamientos ya citados antes.
 - ✓ Mediante el rechazo del alimento enlazado con el malestar, que puede hacerse extensivo hasta el rechazo de los dones provenientes del otro.
 - ✓ Mediante el desarrollo de una búsqueda de vinculación inmediata con otros no asociados a la vivencia estresora, con una identificación mimética que evite el conflicto relacional, y ausencia de la “angustia ante el extraño”.
 - ✓ Mediante un comportamiento sobreadaptativo, que llevará a una modificación del eje de autorregulación del estado en el bebé.
 - ✓ Mediante la inhibición de la expresividad emocional, que incluye la inhibición del llanto.
 - ✓ Mediante el rechazo del adormecimiento, por reexponerlo a la percepción de la tensión basal estresora.
 - ✓ Mediante el desarrollo de un estado de hipervigilancia y alarma que, entre otros efectos, provocará frecuentes despertares.
 - ✓ Mediante la alteración de la fase paradójica del sueño, integradora de la vida emocional (“esto ni soñarlo”).
 - ✓ Mediante el rechazo de la regresividad que pueda reexponerlo a la reactivación del deseo de apego y al dolor emocional asociado a él.
 - ✓ Mediante el rechazo de la posición relacional pasivo-dependiente.
 - ✓ Mediante la activación prematura de procesos de organización y desarrollo cognitivo del Yo, que facilite la pronta independencia emocional y evite la experiencia de co-regulación somatoemocional explícita.

Etc.
- Resulta importante resaltar que toda la actividad defensiva descrita hasta ahora se produce en paralelo con una actividad psíquica de organización de representaciones, que podrá ser constructiva o deconstructiva afectando al conjunto del desarrollo de la organización mental.
- Ante una experiencia estresora, especialmente traumatógena, los mecanismos antipercepción podrían activarse desde el registro psíquico (actividad de percepción-atención) y desde el registro neurobiológico (corteza prefrontal – sistema límbico), pudiendo generarse una interafectación entre ambos.
- La desconexión de la percepción-atención (que puede activarse estando despierto o dormido) deja al psiquismo sin la posibilidad de procesar y dar sentido a lo

experimentado y, por tanto, sin recursos traductivo-representativos. En éstas situaciones resulta muy importante ayudar cuanto antes al psiquismo del bebé atrapado en la dinámica antipercepción, para conseguir una disminución o eliminación de los factores estresores negativos que impactan su sensibilidad receptiva; rescatarlo de la sobre-utilización de los mecanismos antipercepción y ayudarlo a acceder a una expresividad adecuada; y aumentando los recursos traductivos y representativos, que permitan dar sentido y metabolizar la vivencia, en él y en sus padres/cuidadores.

- La actividad de desconexión de la percepción del malestar podrá alcanzar niveles muy radicales: en un primer tiempo, aún abastecido del deseo de alcanzar una experiencia de común-uniión afectiva con otro y consigo mismo, buscará la desconexión de la percepción de los estímulos negativos que afectan su sensibilidad perceptiva e intentará, con poca o ninguna eficacia, evitar la recepción de los estímulos generadores del malestar.
En éste primer nivel, el Yo se defiende con unos mecanismos de desconexión de su percepción sensorial y emocional que provocarán, como efecto secundario indeseable, la privación perceptiva de otras estimulaciones de signo positivo y nutritivo. Así pues, la actividad de desconexión antitraumática de la percepción del malestar podrá ser progresiva y afectar, a un nivel cada vez mayor de estímulos somatoemocionales, tanto de signo negativo como de signo positivo. En este sentido, alcanzado cierto nivel de intensidad y de amplitud de la defensa antiperceptiva, podrá padecer una dramática deprivación perceptiva de estimulaciones, abastecedoras de su vitalidad y preservadoras del re-conocimiento identitario del Sí-mismo o Yo-corporal primitivo.
- La experiencia de deprivación sistemática de las estimulaciones abastecedoras de la experiencia de vitalidad y de re-conocimiento identitario, hundien al Yo del bebé en una experiencia desesperanzada de pérdidas, que lo llevará a aumentar la intensidad de desconexión de la percepción de éste dolor intolerable, hasta el punto de hundirse en el auto abandono y la pérdida del deseo de recuperar el deseo vital de desear disfrutar y ser fuente de disfrute para otro. Es la depresión esencial, es el hospitalismo y, en una posición cercana al riesgo de muerte, el marasmo descrito por René Spitz. Es la pérdida del aliento vital.
- A lo largo de ése camino de desorganización mental, también se producirá, en muchos casos, un proceso de desorganización psicósomática desde el que se producirán somatizaciones funcionales y/o lesionales.

Otras concepciones aportadas o revisadas en nuestra tesis:

- La investigación muestra que al nacer el bebé ya manifiesta los rudimentos de una diferenciación de sí y del mundo sobre la base de experiencias polisensoriales que le permiten diferenciar su propio cuerpo frente al mundo de las cosas externas (punto 2.1).
- Resulta sostenible por la clínica expuesta y por las investigaciones citadas, que el bebé es un buscador nato de otro ser humano al que poder vincularse e incitar a mantener una interacción y que también es un buscador innato de sentido (punto 2.2), que se esfuerza en mantener un control sobre su experiencia vivencial desde antes de nacer.

- Debido a ésta búsqueda de sentido en el primer sistema descrito por Kandel (2006), el bebé establece enlaces de relación (supuesta) entre causa y efecto muy tempranos, que permanecerán inscritos en la memoria implícita junto a la carga vivencial experimentada por el Yo temprano (Yo-cuerpo primitivo), posteriormente reactivables, aún cuando las condiciones estresoras iniciales hubieran desaparecido.
- La actividad de dar sentido mediante enlaces de causa y efecto pertenece a una actividad indagadora y prospectiva que tiende a anticipar y proteger, desde el sistema y la memoria del Yo temprano, de una posible reexposición traumatógena, tratando de asegurar el equilibrio homeostático mediante conductas de evitación de la supuesta causa estresora.
- El bebé se encuentra preparado para descifrar el mundo emocional e intencional del cuidador, desde que nace (puntos 2.4, 2.10, 2.11; Palau, 2000, 2003b, 2004, 2007a, 2007c, 2009a, 2010b, 2011b, 2013a, 2013b).
- Pueden considerarse manifestaciones de sufrimiento en el bebé, en función de su intensidad y su persistencia y/o repetición, una serie de conductas precoces: espasmos del sollozo neonatal, cólicos del lactante, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, evitamiento de la interacción auditiva, visual, corporal etc. Cada una de esas manifestaciones puede ser la expresión de un malestar/conflicto primario y generar, a su vez, un estrés secundario (punto 10.16), que podrá incrementar la intensidad y la amplitud de los recursos defensivos, tanto en el plano comportamental como intrapsíquico.
En esas situaciones, la consciencia, observadora de las propias alteraciones sufridas, padecerá cada vez más por no poder evitarlas ni entenderlas. Padecimiento ligado a su percepción de falta de control y desvalimiento.
- Son consideradas experiencias traumáticas, aquellas que suponen un sufrimiento continuado e intenso a lo largo de más de un mes en el primer año de vida, según la Clasificación DC 0-3, o especialmente intenso en un plazo corto de tiempo.
- Experiencias de estrés o de trauma psíquico, pueden desencadenar mecanismos de retracción-desconexión atencional, desde los primeros días de vida.
- Uno de los efectos visibles de la activación de los mecanismos de defensa de retracción-desconexión, son los estados de ausencia, no epilépticos (aunque un sujeto epiléptico también los puede padecer), que podemos encontrar en distintas psicopatologías de etiología plurifactorial (déficit de atención, con ó sin hiperactividad, autismo, depresión, ansiedad, patología psicósomática, etc.).
- La posibilidad de una afectación psíquica en el bebé, derivada del estado emocional negativo de quien lo cuida, cuando resulte intensa y prolongadamente estresora, ha quedado suficientemente demostrada por la clínica expuesta y por las investigaciones neurobiológicas citadas (puntos 10.1, 10.4, 10.12, 10.23, 10.32, 10.33; Palau, 2000, 2003b, 2004, 2007a, 2007c, 2009a, 2010b, 2011b, 2013a, 2013b).
- Los bebés sobrepuestos al sufrimiento parental, desarrollan una hipersensibilidad a la recepción de contenidos emocionales de signo negativo, al haberse instalado en ellos una ansiedad de fondo que, en muchos casos, permanecerá toda la vida como susto basal, tensión o desasosiego basal, ampliamente descrito por nosotros en diferentes artículos. Resulta confirmada por la clínica expuesta en ésta tesis, así

como por las investigaciones resumidas y citadas (puntos 10.10, 10.20, 10.21, 10.22, 10.23, 10.25, 10.29, 10.31, 10.32).

- La posibilidad de que se produzca una afectación cerebral, debido al sufrimiento emocional experimentado tempranamente por el bebé, ha quedado confirmada por numerosas investigaciones neurobiológicas citadas (puntos 10.12, 10.25, 10.32, 10.33)
- La drástica alteración del funcionamiento psíquico en la regulación del estado emocional, clínicamente observado en bebés de corta edad, afectados por sufrimiento emocional traumatógeno, tiene su paralelismo en la constatación neurobiológica de que el estrés emocional sostenido puede producir una modificación crónica del estado basal, con una falla en los sistemas de regulación cerebral, especialmente a nivel de la corteza orbitofrontal (puntos 10.25, 10.32, 10.33)
- La hiperreceptividad, hiperreactividad e hipersensibilidad emocional interna, asociadas a una drástica disminución del umbral de recepción de estímulos estresores, especialmente ante las estimulaciones emocionales negativas, pueden tener su paralelismo en las alteraciones de la excitabilidad del encendido neuronal (puntos 10.24, 10.32, 10.33. 10.54)
- Resulta sostenible nuestra hipótesis de que la reactividad secundaria, automática e involuntaria, endosomática y comportamental, asociada a experiencias primarias tempranas estresoras, derivadas de uno o de varios de los 3 estresores primarios (10.16), puede producirse en el contexto de una grave alteración de la excitabilidad neuronal (puntos 10.24, 10.25, 10.32, 10.33).
- Nuestra concepción de que la reactividad secundaria, puede estar relacionada con la constitución de un primer núcleo emocional traumático (punto 10.16), asociado a una hiperreactividad neurológica sobrevenida secundariamente, resulta sostenible a la luz de las observaciones clínicas descritas y de las investigaciones neurobiológicas (puntos 10.24, 10.25, 10.32).
- Que la percepción consciente puede estar desconectada de un estado, simultáneo, de fuerte receptividad emocional e intensa reactividad endosomática, ha quedado suficientemente demostrada por la clínica descrita, así como por las investigaciones neurobiológicas citadas (puntos 10.25, 10.32, 10.33).
- La idea de que los primeros mecanismos de defensa, ante una experiencia de intenso sufrimiento somatoemocional, no son la disociación, sino procesos modulables, desde la actividad psíquica del Yo temprano (Yo-cuerpo-primitivo) y la cerebral ligada al núcleo basolateral de la amígdala, relacionados con la regulación de la percepción, que afectan a la receptividad y a la expresividad, resulta sostenible a tenor de la clínica observada y descrita (puntos 10.25, 10.31, 10.32, 10.33; Palau, 2000, 2003b, 2004, 2007a, 2007c, 2009a, 2010b, 2011b, 2013a, 2013b).
- Resulta sostenible, a tenor de lo descrito y de otras investigaciones (puntos 10.25, 10.32, 10.33), que la inhibición de la expresividad de los contenidos emocionales traumatógenos, relacionada con la drástica desconexión de la percepción consciente, no debe de ser confundida con la ausencia de sufrimiento interno. En éste sentido, nos parece de interés llevar a cabo una revisión de los conceptos de “estados de enfriamiento” o “estados de vacío”, usados por algunos autores,

puesto que sugieren la ausencia de una experiencia de sufrimiento interno, contradiciendo de éste modo la realidad clínica, psicosomática y neurobiológica.

- Resulta sostenible nuestra formulación de que la actividad de receptividad interna, ligada a la atención automática e implícita, puede mantener un alto nivel de sensibilidad atencional inconsciente, con independencia de la atención selectiva, que puede intentar sustraerse de la fuente estimular generadora de malestar, desviando la atención consciente, ya que la atención es un complejo sistema atencional multidimensional, conectado con los demás sistemas que sostienen la memoria, la emoción o la consciencia, con al menos una atención consciente selectiva y una automática e implícita, y que estos últimos procesos no son conscientes, sino que están organizados para mantener un funcionamiento multidimensional del aparato psíquico. Así pues, la desviación de la atención consciente o selectiva no impedirá que la actividad de atención implícita inconsciente del sujeto siga recibiendo y percibiendo estímulos internos y externos (puntos 2.7, 2.8, 10.30, 10.54, 10.51, 10.31, 10.32, 10.33; Palau, 2000, 2003b, 2004, 2007a, 2007c, 2009a, 2010b, 2011b, 2013a, 2013b).
- Es sostenible nuestra concepción de que los intentos que realiza el bebé en apuros en los primeros tiempos de su vida, por ausentarse desconectando de manera drástica su atención, para evitar la percepción de los estímulos estresores, podrán manifestarse más tarde con:
 1. La aparición de crisis automáticas de ausencia, observables en las crisis agudas de depresión esencial, que pueden llegar al estupor; alteraciones de la atención ante situaciones angustiosas o estresoras; con unos efectos de “parálisis” de pensamiento.
 2. En los movimientos regresivo-reconstruktivos que reexponen a contenidos angustiosos;
 3. La aparición de crisis de ausencia (efecto del retraimiento en un espacio virtual reanimador) ante una experiencia angustiosa con pérdida de la estimulación afectiva relacional.
 4. Crisis o estados de retraimiento relacional.
(Puntos 10.48, 10.49, 10.50, 10.52, 10.53; Palau, 2003b, 2007a, 2007c, 2010b).
- Resulta sostenible que la presencia del núcleo traumático primario, generador de una tensión basal crónica (derivada de la permanencia de un estrés postraumático que podrá permanecer largo tiempo en la vida del individuo) está relacionado con la angustia difusa y las manifestaciones de la angustia automática; con los conceptos de neurosis actual, de neurosis de carácter, de déficit de atención, de hiperactividad y sobreactividad; con los trastornos generales del desarrollo y en especial con el autismo; la vulnerabilidad depresiva; la vulnerabilidad psicosomática; la vulnerabilidad ante situaciones de malos tratos; el concepto de personalidades con alta sensibilidad; trastornos de la alimentación en la adolescencia; las adicciones, etc.
Pero también, en todas las edades, con estados de inquietud permanente, con una anticipación negativa y temerosa, respecto a sí mismo u otro muy ligado afectivamente, ante un nuevo día o cambio vital; y con estados de hiponcondría en los que, en un intento de establecer enlaces que ofrezcan sentido y control ante el fondo de estrés y temor basal, los motivos enlazados se renuevan, sustituyéndose unos a otros de manera sistemática.
Ayudar a re-conocer la naturaleza básica de su padecimiento, diferenciando las sintomatologías secundarias, sobrevenidas, de la etiología primaria ligada al estrés

basal y a la cohorte de sus efectos, perceptibles en el conjunto del desarrollo y ampliamente descritos en ésta tesis, y que muchas teorías clínicas desnaturalizan, alivia mucho a la consciencia de quien lo padece.

- Resulta sostenible que la intensa tendencia a la desconexión de la percepción atención somatoemocional (y de inhibición de la expresividad), originada en los primeros tiempos de la vida, una vez cronificada, esté relacionada, como manifestación intensa y súbita o crónica, con las ausencias no epilépticas descritas en ésta tesis, con el retraimiento relacional sostenido, con la constitución de una actividad de percepción defensiva disociativa, con el llamado enfriamiento, con el llamado vacío emocional, con el autismo, con la alexitimia, con la hiperactividad, con la vulnerabilidad psicósomática (vida operatoria), etc.
- Resulta sostenible que la actividad neonatal de defensa antipercepción, intensa y cronificada, pueda estar relacionada con los efectos de déficit en la organización de las representaciones afectivizadas y, por tanto, en la calidad de la mentalización y de la organización del preconscious descrito por Pierre Marty, así como con las patologías citadas en ésta tesis. Las fallas en la constitución de representaciones adecuadamente afectivizadas, que permitirían un trabajo traductivo-representacional de la experiencia sentida, llevan a una descarga, en el registro somático y motor, de la excitación-tensión-angustia basal, incontenible e inmetabolizable y capaz de alterar la homeostasis.
- Resulta sostenible la hipótesis de que la privación somatoemocional intensa y continuada, manifiesta o silenciosa, derivada de la actividad de desconexión psíquica cronificada de la percepción sensorial y emocional en bebés o niños pequeños (inicialmente activada como defensa antitraumática ante la exposición a factores estresores primarios o secundario) (punto 10.16), puede participar, junto con otros factores de riesgo, en la alteración de la actividad neurobiológica de los sistemas implicados en las funciones de reconocimiento emocional e imitación, así como de empatía e intersubjetividad primaria (cap. 6 y 7).
A estos efectos, derivados de la privación somatoemocional severa, podrán sumarse los derivados de las conductas, sostenidas, de evitamiento de la interacción y de la experiencia emocional compartida, expuestas más arriba como estrategias antitraumáticas (estrategias activadas para intentar evitar la percepción del malestar somatoemocional enlazado con el ámbito relacional, aunque éste sea el efecto de la exposición temprana a una combinación, diversa, de fuentes estimulares negativas o estresoras que han impactado su sensibilidad y afectado sus capacidades de metabolización psicobiológica), (puntos 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.8, 10.9, 10.10, 10.12, 10.13, 10.16, 10.19, 10.20, 10.21, 10.22, 10.23, 10.24, 10.25, 10.29, 10.33, 10.42, 10.43).

11.2 Conclusiones.

El sufrimiento perinatal afecta a todas las partes implicadas en la crianza, aunque de manera especial y comprometedora al bebé desde la época prenatal, y especialmente cuando nace prematuro.

Su sensibilidad para percibir el estado emocional de quien lo cuida le permite desarrollar, nada más nacer, una relación y una comunicación intersubjetiva facilitadora del apego, aunque también lo expone al posible sufrimiento o estado emocional negativo de aquel, debiendo de activar, en esos casos, recursos protectores de la percepción traumatógena.

Aunque son diversas las fuentes estímulares que pueden impactarlo negativamente, así como su combinación, la fuente emocional-relacional resulta de primera importancia puesto que tanto puede necesitar protegerse de ella, como cultivarla para satisfacer la necesidad de apego.

El sufrimiento emocional perinatal, intenso y sostenido, puede generar, en un contexto plurifactorial, una experiencia estresora, angustiosa y traumática, que afecte psiconeurobiológicamente el desarrollo del ser humano, desde la vida prenatal.

Frente a ella podrá activarse una **desconexión** o **supresión de la percepción** somatosensorial primero y somatoemocional después. También podrá activarse la **supresión de la expresividad** emocional, que se producirá de manera primaria o secundaria con o sin una participación del cuidador. Aunque inicialmente estos recursos defensivos persiguen un fin adaptativo, pueden cronificarse y resultar desadaptativos.

La activación cronificada de la desconexión de la percepción del malestar (somatosensorial y somatoemocional) dejará a la receptividad implícita, perteneciente al primer sistema de percepción, sin enlace posible con el segundo sistema de percepción para un trabajo de reconocimiento consciente de los contenidos que la afectan y sin posibilidad de que alcance una traducción emocional y afectiva que permita su resignificación emocional, con su reconsolidación cerebral, tanto en el bebé como en su entorno cuidador.

Facilitar la expresividad del bebé, para que se produzca en él y en quienes lo acompañan una percepción consciente y conjunta, que facilite el reconocimiento del estado de estrés o angustia basal, permite una traducción al lenguaje emocional, el cual vuelve accesible la dotación de significación y la posibilidad de construir una representación afectivizada del dolor emocional enmudecido.

Dolor manifestado hasta entonces como irritabilidad injustificada; cambios de humor sin sentido; alteración frecuente de la atención selectiva; dificultad para la autorregulación; hiperactividad; evitación del contacto con el otro; hipersensibilidad auditiva; rechazo a entrar en el sueño, o susto al despertar; trastornos alimentarios; frecuente tendencia a ausentarse; o estado ansioso, o.....Ya que hasta ése momento el bebé sólo percibe tensión o malestar corporal basal.

La expresividad del malestar, en los casos en los que se encuentra suprimida, permitiendo el llanto espontáneo del bebé, arropado y sostenido por unos padres acompañados (por el terapeuta), que aprenden a tolerarlo y entenderlo descifrando sus contenidos emocionales con la ayuda del terapeuta, permite que el bebé descubra pronto en sí-mismo recursos traductivos y de autorregulación de su estado, que le permiten

alcanzar una experiencia somatoemocional sosegada y abandonar los procedimientos autocalmantes.

La conversión del malestar en sentimientos y emociones compartibles, tolerables y reconocibles, aumenta sustancialmente la eficacia de su trabajo psíquico de representación y metabolización, puesto que hasta entonces el malestar sólo es sentido como tensión difusa o basal.

Su traducción al lenguaje de las emociones compartibles le permite desarrollar una comunicación empática primaria y secundaria, así como un re-conocimiento de la subjetividad y de las capacidades comunicativas y re-creativas del grupo.

Las intervenciones clínicas neonatales que cuidan el estado emocional de los cuidadores y del bebé permiten, en muchos casos, desactivar los procesos psíquicos antitraumáticos de desconexión de la percepción del malestar interior, evitar su cronificación y facilitar el acceso a una modalidad de funcionamiento mental integradora de la vida emocional, adecuada para la autorregulación del estado sensorial y emocional del bebé, de su madre y de su padre.

Dichas intervenciones, que requieren desarrollarse en un ambiente emocional cálido y afectuoso, co-creado por la posición simpática, empática y compasiva del terapeuta (tan importante para permitir la resignificación de la memoria implícita en la que persiste de manera intensa la huella emocional del estrés o angustia basal del bebé y de los padres), requieren de una investigación minuciosa que las oriente en el contexto interactivo y plurifactorial, con el fin de intentar identificar los factores o estimulaciones estresoras que han participado en la eclosión de la psicopatología, y aquellos que se encuentran presentes en su mantenimiento o agravamiento.

Dicha investigación debe tener en cuenta la cronología: en relación a las alteraciones psicósomáticas e interactivas aparecidas; en relación al tiempo de impactación de los factores estresores y los sistemas de percepción entonces prevalentes; en relación a su naturaleza, su combinación y su recombinación; en relación a los recursos psíquicos de defensa y de autorregulación disponibles en cada época y en relación al estilo relacional desarrollado.

También, desde la descripción de la evolución individual, los efectos, observables desde el nacimiento, de los mecanismos de defensa y adaptación usados tempranamente en relación a la receptividad, la perceptividad, la expresividad, la interactividad y la reactividad somática y comportamental.

Respecto al marco terapéutico, es necesario subrayar la importancia que tiene reconocer empáticamente el sufrimiento del bebé y de los padres, y aliviar su vivencia angustiosa de impotencia y falta de control, aportándoles amplios conocimientos sobre los orígenes del padecimiento de su bebé y de ellos mismos, mediante un modelo comprensivo que mejore sus competencias y sus recursos; ayudarles a recuperar sus sentimientos y su representación de valía, de confianza y de amor propio para que, ante las dificultades acumuladas, puedan reconciliarse consigo mismos y con su bebé; ayudarles a mejorar su empatía y su representación del bebé, renovándola mediante su re-conocimiento como sujeto a parte entera, amable y afectado por un sufrimiento que no puede evitar ni entender, y explicando las conductas que se derivan de dicho sufrimiento; ayudarles a entender las dificultades que tienen para seguir gestando una representación amable de su bebé, cuando ésta se encuentra contaminada por proyecciones negativas procedentes de su propia biografía, y reactivadas ante las dificultades encontradas.

Todo ello resulta especialmente importante para que la representación "amable" de su bebé, restaurada y revitalizada en ellos, permita que éste "se vea" y se "re-conozca" en su mirada al encontrar en ella una representación "amable y placentera" de sí-mismo, que le

permita dejarse llevar por el movimiento de regresividad positiva, activada automáticamente por importantes funciones psicobiológicas re-constructivas que llevan a re-acceder a contenidos vivenciales "de estar-con" (el otro y consigo mismo), desarrollados hasta entonces de manera insuficiente o negativa, con el fin de reconstruirlos o reorganizarlos, e intentar subsanar sus déficits y sus efectos negativos, en el conjunto del desarrollo.

La representación empática del terapeuta debe de tejerse con las consideraciones y los conocimientos especializados que le permiten reconocer a los padres como las figuras esenciales en la vida del bebé, al que debe de dirigirse de manera regular transmitiéndole con palabras adecuadas, la comprensión que va obteniendo de sus vivencias e intenciones.

Los padres, y el bebé/niño, tienen derecho y necesitan que el terapeuta reflexione con ellos y les ayude a comprender cuantas veces resulte necesario, desde una co-comprensión de lo vivenciado, lo que viene sucediendo en el bebé/niño y en ellos, para que puedan entender su sentido actual y para que sepan que los conocimientos aportados provienen de ayudar terapéuticamente en experiencias de sufrimiento experimentadas también por otros padres y otros bebés, en situaciones similares. Situaciones experimentadas, la mayor parte de las veces, en la soledad y el desconcierto de los padres y del bebé.

La plena integración de los padres, reconocidos en su función esencial de vitalización del bebé y co-terapéutica, afectivamente y cognitivamente sostenidos en un clima emocional cálido, empático y compasivo, resulta fundamental para obtener los mejores resultados, puesto que ellos son los que conviven y cuidan de su bebé en el día a día y lo acompañan en su devenir, ayudándolo a traducir y comprender tanto sus estados físicos, emocionales y cognitivos, como los de ellos mismos. La satisfacción que los padres experimentan al descubrir sus capacidades para ir aliviando o sanando a un bebé provisto de recursos para la comunicación intra e intersubjetiva, resulta muy estimulante para todos.

La evidencia aportada por la epigenética de que las experiencias traumáticas padecidas por el bebé, en el tiempo perinatal, pueden afectarlo de manera importante en su desarrollo y transmitirse a las siguientes generaciones, modifica nuestra visión de la psicopatología.

Nos encontramos ante vulnerabilidades adquiridas y, por tanto, ante trayectorias individuales, antes que ante estructuras debidas a un destino genético o causas únicas alejadas de un modelo plurifactorial e interdisciplinar. Esta nueva visión de la psicopatología otorga un gran lugar a las problemáticas perinatales, sean prenatales o postnatales, así como a sus potenciales de reorganización y recuperación que se evidencian clínicamente al auxiliar muy tempranamente al bebé y a sus padres/madres en apuros.

Por una parte, existe la visión clásica de los genes y de los circuitos neuronales o factores endógenos que predestinan de forma inapelable el futuro y, por otra, la visión de los mecanismos cerebrales de la plasticidad y discontinuidad que permiten salir de ése determinismo y acceder a un devenir imprevisible y abierto al cambio.

En la clínica de la edad precoz nos arriesgamos a quedarnos en la lógica determinista de la causa y empujar al niño ahí, a donde no quisiéramos que fuera, a través de un pensamiento fatalista que puede tener un efecto Pigmalion o de profecía autocumplida.

En definitiva, es necesario trabajar con nuestras miradas puestas en las capacidades conscientes e inconscientes, abiertas al cambio y a la re-creación positiva y re-constructiva del bebé y de sus padres a lo largo de toda su vida, así como facilitar un marco terapéutico que evite en todo lo posible sus sufrimientos, considere sus originalidades y sus capacidades renovadoras de cambio y crecimiento diario, y respete los derechos y libertades de su Ser individual y grupal.

REFERENCIAS

- Aguiar, W. & Halseth, R. (2015). *Peuples autochtones et traumatisme historique: Les processus de transmission intergénérationnelle*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. 2015_04_28_AguiarHalseth_RPT_IntergenTraumaHistory_FR_Web.pdf
- Alas, L., Lissorgues Y. (1989). *Narraciones Breves*, Editado por Anthropos.
- Anderson, P., & Doyle, L.W. (2003). Neurobehavioural outcomes of school-age children born extremely low Barth weight or very preterm in the 1990, in *JAMA*, 298, 24, p.3264-3274.
- Ansermet, F., & Magistrati P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Editorial Katz.
- Ansermet, F., & Magistratti, P. (2011). *Los enigmas del placer*. Ed. Katz, p.147-148.
- Ameisen, C. (2003). La question de l'immunité. *Revue Française de Psychosomatique*, nº23, 2003.
- Aron, E. (2006). *El don de la Sensibilidad: las personas altamente sensibles*. Ed. Obelisco.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod, Paris.
- Anzieu, D. (1986). Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*.
- Azeredo, H., Paulo, S. F., & Pratesi, R. (2009). Trastornos del sueño: una posible causa de déficit de atención en niños y adolescentes con malformación de Chiari tipo II. . *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.67 no.1 São Paulo 03 2009.
- Bazán, A. (2014). De la perception a la representation: recherché sur ce qui fait trace en périnatalité. *Recherches en perinatalité*. Presses Universitaires de France.
- Bhutta, M., Cleves, P., & Casey, et al. (2002). Cognitive and Behavioural outcome of school-aged children who were born: a meta analysis, in *JAMA*, 14, 288, p.728-737.
- Betancourt, Y., Jiménez, J., & Jiménez, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del sueño. *Revista de Neurología*, 2, nº 2, 37-51.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations, *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 484-486. Traducción francesa en : *Explorations dans le monde de l'autisme* (Meltzer et coll.). Paris : Payot, 1980, 240-244.
- Bion, W.R. (1965). *Transformations - Passage de l'apprentissage à la croissance*, Puf, Coll.
- Bion, W.R. (1977). *Volviendo a pensar*. Buenos aires: Paidós
- Bion, W.R (1979). *Aux sources de l'expérience*, Puf, Coll. *Bibliothèque de Psychanalyse*, Paris.
- Bydlowski, M. (2001). *Le regard interieur de la femme enceinte, transparence psychique et representation de l'objet interne*. Ed. Devenir
- Bowlby, J. (1980). *El apego y la pérdida*. Vol. I. Nueva York: Basic Books
- Boris, N.W., Zeanah, Ch. (2005). Trabajo en grupo sobre cuestiones de calidad. *Parámetro Prácticas para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con trastorno de vinculación reactiva de la lactancia y la primera infancia*. *Acad Child Adolesc Psychiatrie*; 44: 1206-1219.
- Bruner, J.S. (1983). *Le développement de l'enfant: Savoir faire, savoir dire*, Puf, Coll. *Psychologie d'aujourd'hui*, Paris.
- Bruner, J.S. (1987). *Comment les enfants apprennent à parler*, Retz, Coll. *Actualité Pédagogique*, Paris.
- Bremer, J.D., Scott, T.M., & Delaney R.C., et al. (1993). Déficit in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150-1019.

- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.). *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp 3-38). Washington, DC.: *American Psychological Association*.
- Candilis-Huisman, D. (2011). *Rencontre avec T. Berry Brazelton. Ce que nous apprennent les bébés*. Ed. Érès.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., & Blason, L. et al. (2010). Wired to Be Social: The Ontogeny of Human Interaction. *PLoS ONE* 5 (10): e13199. doi:10.1371/journal.pone.0013199.
- Canault, N. (2001). *Comment le désir de naître vient au fœtus*. Paris: Desclée de Brouwer
- Chapieski, M. L., & Evankovich, K. (1997). Behavioural effects of prematurity, in *Seminaire. Perinatology.*, 21,3, p221-239.
- Cohen-Solal, J., & Golse, B. (1999). *Au début de la vie Psychique, le développement du petit enfant*. Paris: Ed. Odile Jacob.
- Collin-Vézina D., & Cyr, M. (2002). La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect* 27 (2003) 489–507. Ed. pergamon. doi:10.1016/S0145-2134(03)00038-3
- Cramer, B., Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique les psychothérapies mères-bébés*. Paris: Le fil rouge, Ed. PUF.
- Daniel, S. Schechter, & Willheim, E. (1998). Los efectos de las experiencias violentas en bebés y niños pequeños. En Zeanah Charles: *Handbook of Infant Mental Health*, cap.12. Nueva York y Londres: The Guilford Press.
- Darlene, F., Josie, D., Dong, L., Michael, J., & Meaney (1999). Nongenomic Transmission Across Generations of Maternal Behavior and Stress Responses in the Rat. *Science* 5 November 1999: Vol. 286 no. 5442 pp. 1155-1158 doi: 10.1126/science.286.5442.1155
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Ed Delachaux et Niestlé
- Debray, R. (1996). Cita incluida en el artículo de Léon Kreisler “Patologías funcionales neonatales alarmantes”, publicado en la *Revue Française de Psychosomatique* de nº 9.
- Debray, R. (1998). *Pierre Marty*. Ed. Puf.
- DC: 0-3., (1998). *Clasificación diagnóstica de la salud mental et de los trastornos del desarrollo de la pequeña infancia*. National Center for Clinical Infant Programs. Buenos aires: Ed. Paidós.
- DC: 03R, (2005). *Clasificación diagnóstica de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance*. Ed. Medecine et Hygiene.
- Dominguez, L., & Vicente-Colomina, A. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y alteraciones del sueño. *Medicina Clínica*, 126, (13), 500-506. Doi: 10.1157/13086847.
- Dornes, M. (2002). *Psychanalyse et psychologie du premier âge*. Paris: Ed Puf.
- Engel, G., Schmal, A. (1972). Conservation-withdrawal. In Porter R, Knight J (eds): *Physiology, Emotion and Psicosomatic Illness*. Amsterdam: Elsevier. Excerpta Medeca.
- Fain, M. (1999). *La censure de l'amante*. Paris : Delachaux et Niestlé.

- Favez, N., Frascarolo, F., Keren, M., & Fivaz-Depeursinge, E. (2009). Principles of Family Therapy in Infancy, in *Handbook of Infant Mental Health, Third Edition*, Zeanah, C.H., Capt. 29, (477-481). New York: The Guilford Press.
- Fernández, M., Eddy, L., Rodríguez, L., & Txakarteg, X. (2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la atención primaria: Pasado y perspectivas. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, IX, N° 2, 101-112.
- Ferreros, MA., San Román, P., & Pedreira, JL. (2011). Impacto del riesgo psicosocial y de la interacción madre-bebé en la etapa escolar: diez años de seguimiento. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, ISSN 1695-8691, N°. 17, 2011, págs. 9-17.
- Fisher, C. (1970). *Biología de los sueños y psicoanálisis*. Ed. Siglo Veintiuno.
- Fivaz-Depeursinge, E. (2014). El juego trádico de Lausanne. *Documento académico del Máster Oficial Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia - Asmi Waimh-España*.
- Fivaz-Depeursinge, E. (2014). *The Baby and the couple*. Ed Routledge.
- Fogassi, F., Ferrari, F., Gesierich, B., Pozzi, S., & Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe ; from action organisation. In: *Science* 2005 Apr 29;308(5722):662-7.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Ed. Akal.
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des évènements psychiques, 135-143, In : *Résultats, idées, problèmes* (Freud S.), Tome I, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse. Paris : Puf, 1984.
- Freud, S. (1920). *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVIII - Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922)*. 1. Más allá del principio de placer (1920). Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores. ISBN 978-950-518-594-8.
- Freud, S. (1925). La négation, 135-139, In: *Résultats, idées, problèmes*. Puf, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, 1984.
- Gallese, V. (2006). La consonanza intencional: Una prospectiva neurofisiológica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile. Publicado en *Corso di Stampa*.
- Garzón, P., Machuca N., Riaño C., & Cristo M. (2005). *Desarrollo neurocomportamental del recién nacido prematuro de 34 a 40 semanas, asistente al programa madre*. Pontificia Universidad. Fundación Canguro. Bogotá D.C.
- Gavin-Brenner, J. (1994). *Infancy*. 2° éd. Cambridge: Blackwell.
- Golse, B. (2006). *L'Être Bébé*. Paris: PUF, coll. Le fil rouge.
- Golse, B. Keren, M., (2000). The pediatric team and the Consulting child psychiatrist Facing the hospitalized depressed infant: some clinical reflections, in *Israel Journal of Psychiatry*, 37, 3, p. 197-204.
- Golse, B. (1999). *Du corps a la pensée*. Le Fil Rouge
- Golse, B. (1998). L'intersubjectivité. *Le Carnet-PSY*, 41, 30-31
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris : Puf, Coll. Le fil rouge, 335-345.
- Golse, B. (2001). Contribution des nouvelles données scientifiques à la perspective psychanalytique, artículo editado en la *Revue de Psychiatrie*, 2001.
- Golse, B., Seguret S. & Mokhtari M. (2001). *Bébés en réanimation*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Golse, B., & Missonnier S. (2005). *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*, collection : la vie de l'enfant, Éditions ÉRÈS, 2005.

- Golse, B., & Moro MR. (2014). *Le développement psychique précoce. De la conception au langage*. Ed. Elsevier Masson.
- Gómez, P., Pallás, A., & Aguayo, M. (2007). El método de la madre canguro. Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría. *Acta Pediatr Esp.* 65(6): 286-291
- Gopnik, A., Meltzoff, A.N., & Khul, P.K. (2000). *The Scientist in the Crib. What Early Learning Tells Us About the Mind*. New-York: *Williams Morrow Paperbacks*. Traducción francesa: Gurcel S. *Comment pensent les bébés?* Paris: Éd. Du Pommier; 2005.
- Grainic-Philippe, R., & Tordjman, S. (2011). Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. En: Candilis D. *Rencontre avec T. Berry Brazelton. Ce que nous apprennent les bébés*. Ed. Érès.
- Guedeney, A., & Fermanian, J. A. (2001). Validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction. In infancy: the alarm distress baby scale. *Inf Ment Health J*, 2001; (5): 559-575.
- Guedeney, A., Charron, J., Delour, M., & Fermanian J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé" (ADBB) b. *Psychiatrie Enfance*; 1 : 211-231.
- Guedeney, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). Social Withdrawal Behavior in Infancy: A History of the Concept and a Review of Published Studies Using the Alarm Distress Baby Scale. *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL*, Volume 34, n° 6, p.516-532.
- Guedeney, A., Le Foll, j., Vannier, I., Viaux-Savelon, & Wendland J. (2014). *Petite enfance et psychopathologie*. Ed. Elsevier Masson
- Guedeney, A., & Pérez Martínez, C. (2015). Retraimiento social en la primera infancia. Implicaciones en el desarrollo del psiquismo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Doi: 120, 120-132.
- Enlace: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512008.pdf>
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Green, A. (1983). *Narcisisme de vie, narcisisme de mort*. Paris : Les éditions de Minuit.
- Halsey, C. L., Collins, M. F., & Anderson, C.L. (1996). Extremely low birth weight children and their peers: a comparaison of school-age outcomes, in *Archives. Pédiatrie. Adolescence. Medecine.*, 150,p.790-794.
- Heidelise, A., Duffy, F. H., Mc Anulty, B. G., Rivkin, M. J., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V., Warfield, S. K., Huppi, P.S., Butler, S.C., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E. C. (2004). La experiencia temprana altera la función y la estructura cerebral. En *Pediatrics* 2004; 113; 846
- Houdé, O., Kayser D., Proust, & Rastier J. (1998). *Vocabulaire de sciences cognitive*. Paris: Ed. Puf.
- Houzel, D. (1989). Penser les bébés - Réflexions sur l'observation des nourrissons, *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1989, 19, 27-38
- Houzel, D. (1994). Enveloppe familiale et fonction contenante, in D. Anzieur: *L'activité de la pensée. Émergence et troubles*, Paris Dunot.
- Houzel, D. (1995). Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique, 107-116, In : *Les liens d'émerveillement - L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*, sous la direction de Labroix M.-B., & Monmayrant M.. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Jouvet, M. (2000). *Pourquoi rêvons-nous? Pourquoi dormons-nous?* Ed. Odile Jacob.
- Jouvet, M. (2000). *Le sommeil et le rêve*. Ed. Odile Jacob.

- Jurado, L., & Roselló, L. (2010). *Parasomnias y trastornos del movimiento*. *Pediatría Integral* 2010; XIV (9): 711-719
- Kandel, E. (2001). *The Molecular Biology of Memory Storage: A Dialogue Between Genes and Synapses*, Vol 294 *SCIENCE* www.sciencemag.org.
- Kandel, E. (2007). *En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Madrid: Ed.Katz.
- Keirsting, M., Dorsch U., & Wesselmann et al. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant, in *Psychosom. Res.*, 57, p. 473-476.
- Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood, Perspectives, in *Infant Mental Health* Vol. 23 No. 4, pp 375-385. Ed.Medicine
- Kobor, M. (2011). *Human Early Learning Partnership (HELP) & Centre for Molecular Medicine and Therapeutics (CNMMT) de l'Université de la Colombie Britannique*.
- Koppe, S. (1983). The psychology of the neuron: Freud, Cajal, Golgi", *Scand J Psychologies*, 24, 11-12.
- Kreisler, L. (1992). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Paris: Dunod.
- Kreisler, L. (1992a). Les origines de la depression essentielle. La lignée depressive. *Revue française de psychosomatique*, n° 2, p. 163-187.
- Kreisler, L. (1996). Patologías funcionales neonatales alarmantes, publicado en la *Revue Française de Psychosomatique* n° 9.
- Kreisler, L., & Szweck, G. (1998). Psychosomatique et expression corporelle, Généralités cliniques-Propositions théoriques, *Encyclopedie Médique Chirurgicale*. (Elsevier, Paris). *Psyquiatrie*, 37.404.A.1998.12p
- Kreisler, L., Fain M., & Soulé M. (1999). *L'enfant et son corps*. Ed. Le fil rouge.
- Lasa, Z. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Ed. Asociación Altxa. Bilbao
- Laplanche, J. (1986). De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, *Etudes Freudiennes*, 27, 7-25.
- Larbán, J. (2008). Guía abreviada para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p. 63-152, Ed. Sepypna.
- Larbán, J. (2010). El proceso autístico en el niño : Intervenciones tempranas. *Revista n° 75 Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica*. Madrid.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental infantil*. Ed. LOM. Santiago de Chile.
- Leroy-Gourhan, A. (1983). *Au fil du temps*. Ed. Ethnologie et préhistoire.
- Manzano, J. (1996). *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Genève: Médecine et Hygiène, 167 p, pp.9-11.
- Lebovici, S. Diatkine, S. & Soulé, M. (1997). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Paris : Puf, 1985. 3ª ed.
- Lebovici, S. (1960). La relation objectale chez l'enfant, *La Psychiatrie de l'enfant*, 111, 1, 143-227.
- Lebovici, S. Weil-Halpern, F. (1989). *Psychopathologie du Bébé*. Paris : Puf
- Manzano, J. (1996). *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Genève : Médecine et Hygiène, 167 p, pp.9-11.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Ed. Payot.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique"*. Paris: Ed. Payot.

- Marty, P. (1992). *La Psicósomática del Adulto*. Buenos Aires: Amorrortum Editores.
- Marty, P. (1995). *El desorden Psicósomático*. Valencia: Promolibro.
- Martínez-García, F. (2014). Neurobiología de las emociones. Disponible en: [https://aulavirtual.uv.es/dotlrn/classes/c021/42877/c14c021a42877gPT/file-storage/view/file-storage-new-folder-Catedràtic de Biología Funcional](https://aulavirtual.uv.es/dotlrn/classes/c021/42877/c14c021a42877gPT/file-storage/view/file-storage-new-folder-Catedràtic%20de%20Biologia%20Funcional). Departament de Biología Funcional i Antropología Física. Facultat de Ciències Biològiques Universitat de Valencia.
- Mesa-Gresa P. & Moya-Albiol L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Revista Neurología* 2011; 52: 489-503.
- Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail en lien*. Ed Le fil rouge.
- Mellier, D. (2014). Le bébé et ses enveloppes psychiques, In *Recherches en périnatalité*. Ed. Puf
- Mellier, D., Athanassious, C., Dolto, C., Golse, B., Fraiberg, S., Lacroix, M.B., Monmayrant, M., & Roussillon, R. (2005). *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*. Ed. Dunot.
- Miller, G., Wolke D., Shöne B., & Riege K. et al., (1998). Epidemiologic longitudinal study of sleeping problems and feeding experience of preterm and term children in southern Finland: comparison with a Southern German population sample, in *J. Pédiatrie.*, 133, 2, p.224-231.
- Ministerios de Sanidad y Política Social (2010). *Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*.
- Missonnier, S., Blazy, M., Boige, N., & Tgawa, O. (2012). *Manuel de Psychologie Clinique de la Périnatalité*. Ed Elsevier Masson.
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. In *Journal Clinique Health Psychologie*, Vol. 7, No. 3, pp. 847-862.
- Moreau, J., Chamberland, C., Oxman-Martinez, J., Catherine Roy, M., Léveillé, S., Laporte, L., & Tabakian, N., (2001). Transmission intergénérationnelle de la maltraitance : étude des liens entre les facteurs de protection et les facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté. Institut de recherche pour le développement social des jeunes. Montréal. DIO: HV6626.5.T72 2001 362.82'92 C2001-941507-9
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Borghini, A. et al. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfants: éléments cliniques et données de recherche, in *La psychiatrie de l'enfant*, 52,2, p 423-450.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & B. Pierrehumbert, et al. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions, in *Early Human*, 79, 2, p. 145-158.
- Myles, B. (2007). Trastorno por estrés postraumático en bebés, niños pequeños y preescolares (TEPT-PSD). In *BC Medical Journey*. Problema: BCMJ, Vol. 49, No. 3, pp. 133- 138.
- Manzano, J. (2009). Texto expuesto en la V Jornada Científica de ASMI WAIMH-España: Neurociencias y salud mental infantil: aportaciones mutuas, celebrada en Valencia.
- Moreno, P. (2012). Memorias implícita y angustias tempranas *Revista uruguaya de Psicoanálisis* (en línea) (114). Issn 1688 - 7247 |
- Oliver, M. (2009). *Estrés en la infancia. Prevención e Intervención en pediatría. Impacto de la separación conyugal*. Ed. Fundasap. Sociedad Argentina de Pediatría.
- Palau, P. (2000). Bebé en riesgo: mamá, no nos vemos. *Revista Iberoamericana de psicósomática*. Ed. SEPIA, BI-2607-01.

- Palau, P. (2003a). Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento. *Neurología*, 2003 Vol. 37, 188.
- Palau, P. (2003b). Tratamiento psicossomático hospitalario de un bebé con parálisis cerebral. *Revista Iberoamericana de psicossomática* del año 2003. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2004). Somatizaciones en niños de riesgo, producidas desde el vínculo. *Revista de psicossomática y psicoterapia médica*, nº2. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2005). Réanimation psychique, dans un contexte hospitalier, d'une petite fille avec paralysie cérébrale. *Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, Numéro 9.
- Palau, P. (2006). Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. *Revista de Psicoterapia médica y psicossomática*, nº 61.
- Palau, P. (2007a). Factores agravantes de la diabetes infantil. *Revista Iberoamericana de Psicossomática* de Diciembre, nº8. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2007b). Implicación pluridisciplinar en las situaciones perinatales de trauma y violencia. Ed. Escuela Valenciana para la Salud, nº 24 de *Estudios para la Salud*.
- Palau, P. (2007c). Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno. *Revista de psicossomática y psicoterapia médica*, nº 1. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2007d). Bondades, dificultades y perversiones de los equipos hospitalarios que tratan a los niños y sus familias. *Revista Iberoamericana de Psicossomática*, nº8. Ed. SEPIA.
- Palau, P. (2009a). ¿Porqué llora Daniela?: cólicos del lactante. *Revista de Psicossomática y Psicoterapia Médica*, febrero. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2009b). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*. Edit. Georg, nº 12.
- Palau, P. (2010a). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica? *Revista de Psicossomática y Psicoterapia Médica*, enero. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2010b). Psicossomática y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición. *Psicossomática y Psicoterapia Médica*, nº 74. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica. Publicado también en el número monográfico *psicossomática*, 61-2010, *Revista de Psicoanálisis*. Ed. Asociación Psicoanalítica de Madrid.
- Palau, P. (2011). Psicopatología Perinatal: trastornos psicossomáticos y de la interacción en el bebé. *Revista nº 77 de Psicossomática y Psicoterapia Médica*. Ed. Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2012a). Los trastornos alimentarios en el bebé y el niño. *La salud mental infantil*, de ASMI WAIMH España. Ed. GRAÓ.
- Palau, P. (2012b). La psicossomática del bebé y del niño. *La salud mental infantil*, de ASMI WAIMH España. Ed. GRAÓ.
- Palau, P., & Benac M. (2012c). El llenguatge dels bebés ens parlen d'experiències compartides. Amor i Educació, X Jornades d'Innovació en l'Etapa d'Educació Infantil. *Colecció Jornades*. Ed. Institut de Ciències de la l'Educació.

- Palau, P. (2013a). L'anorexie du nourrisson. *Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Capítulo 48, Les Troubles Psychosomatiques. Paris: Edit. Lavoisier.
- Palau, P. (2013b). Vomissements psychogènes. *Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Capítulo 48, Les Troubles Psychosomatiques. Paris: Edit. Lavoisier.
- Palau, P. (2016a). Acoger la vida, anunciar la muerte: Alicia., un encuentro agrídulce. En prensa en el IEPPM, Madrid. Ponencia en el Congreso nacional de la WAIMH Francophone, que tuvo lugar en Besançon en el 2013.
- Palau, P. (2016b). Organización psíquica y vulnerabilidad psicósomática: Diagnóstico y tratamiento temprano. Texto de conferencia en las Jornadas Científicas sobre Salud Mental Infantil, organizadas en Ibiza por Adisamef en octubre de 2010. Texto para la docencia del Máster Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Edición 2011-2012. En prensa en *Revista Iberoamericana de Psicología*. Ed. SEPIA
- Pasamanik, B. (1961). Epidemiologic study of complications of pregnancy and in the birth process. In Caplan G (ed.). *Prevention of mental Disorders in Children*. New York: Basic Bokk, 1961.
- Pedreira, M., & Moreno, V. (1999). Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia formas clínicas de presentación. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, ISSN 0210-8348, Vol. 20, N° 6, 1999, págs. 9-22.
- Perapoch, L., Pallás, A., Linde, S., Moral, P., Benito, C., López, M., Caserío, C., & Cruz, B. (2006). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales de Pediatría (Barc)* 2006; 64(2):139-9.
- Perez, C., Simó, S., D'Ocón, A., & Palau, P. (2016). Una aproximación a la Sintomatología Psicósomática en la primera infancia: el efecto de la Sensibilidad Materna. En prensa en la Revista Psicopatología y salud mental de niño y del adolescente. Ed. Fundació Orienta.
- Perry, B., Pollar (1998). Homeostasis, stress, trauma and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. In: *Child and adolescent psychiatric clinic of North America. Stress in children*. January 1998; 7,1:33-46
- Perry, B., Pollard, R., & Blakely, T., et al (1995). El trauma infantil, la neurobiología de la adaptación, y "use-dependiente" desarrollo del cerebro: ¿Cómo "estados" se convierten en "rasgos." *Infant Ment Health J* 1995; 16: 271-291.
- Pierrhumbert, T., Raimstein, A., & Karmaniola, et al. (1996). Chil care in the preeschool years : attachment, behaviour problems and cognitive development, in *European Journal Psychology of Education*, 2, p. 201-204.
- Pinto, D., M.C., Aguilar., Mejía, O., & Gómez, Rojas, J.D. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades Cognoscitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 749-759.
- Pollar, L., & Perry, B. (1997). Evidence of altered brain development following global environmental neglect in childhood. Society For Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting, New Orleans.
- Possamai, B., & Requin (1993). L'attention. Paris: *Encycloepedia Universalis SA*, 399-405.

- Pragier G., & Faure-Pragier S. (2007). *Repenser la psychanalyse avec les sciences*. Paris: ed. PUF.
- Rousillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Gerofieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Edit. Elsevier-Masson.
- Presme, N., Delion P., & Missonnier, S., (2014). *Recherches en périnatalité*. Ed Puf.
- Selye, H. (1956). *The Stres of Life*. New York, Mc Graw Hill.
- Quirk, G. (2006). *Prefrontal mechanisms in extinction of conditioned fear*. *Biologie Psychiatry*, 60:337-343.
- Riera, R. (2010). *La connexió emocional. Formació y transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment*. Ed. Octaedro. Barcelona.
- Riguetti, P. (1999). La vie psychique et émotionnelle du foetus. *Le Carnet/Psy* no 50 - 1999. Page : 32-33
- Righetti, P. (2000). Is there Psychological and Emotional life from before birth? The Prenatal Ego States. *The international Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, vol. 12, n. 3, pp. 431-442.
- Rutter, M., Kreppner, F., Jana, M., O'Connors, M. &, Thomas, G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation: in *The British Journal of Psychiatry*, 179: 97-103doi: 10.1192/bjp.179.2.97
- Rizzollati, G., & Arbib, M. (1998). Language within our grasp, *Trend Neuroscience* 21, 188-194.
- Rizzollati, G., Fogassi, F., & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. *Perspectives. Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- Rizzollati, G., & Arbib, M. (1998). Language within our grasp, *Trend Neuroscience* 21, 188-194.
- Rof Carballo, J. (1972). *Biología y psiconálisis*. Ed. Desclée de Brouver. Bilbao.
- Rochat, P., (2003). Conscience de soi et des autres au début de la vie, *Enfance*, 2003/1 Vol. 55, p. 39-47. DOI : 10.3917/enf.551.0039
- Rosenbert, B. (1995). *Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida*. Valencia: Ed. Promolibro.
- Rousillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Gerogief, N., Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Edit. Elsevier-Masson.
- Royant-Parola, S. (2007). *Les mécanismes du sommeil: rythmes et pathologies*. Ed. Le Pommier.
- Ruiz, J.A. (1993). *La navegación de Ulises: Auto sacramental* – Editado en Courcelle, año 1993.
- Sadeh, A., Pergamin, L., & Bar-Haim, Y. (2006). Sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of polysomnographic studies. *Sleep Medicine*, 10, 381-398. Doi:10.1016/j.smrv.2006.03.004.
- Samara, M., Marlow, N., & Wolke, D. (2008). Pervasive behaviour problem at 6 years of age in total-population sample of children born at <25 weeks of gestation”, in *pediatrics*, 122,3, p.562-573.
- Scheeringa, M.S, Zeanah, Ch. H, Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. In *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32,2,pp 191-200. Ed Elsevier.
- Scheeringa, M.S. (2009). Trastorno de Estrés Postraumático, in *Handbook of Infant Mental Health*, Third Edition, Zeanah, C.H. New York: The Guilford Pres.

- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., & Myers, L., et al (2003). Nuevos hallazgos sobre los criterios alternativos para el trastorno de estrés postraumático en niños preescolares. *J Am Acad Child Adolesc Psiquiatría* 2003; 42: 561-570
- Scheeringa, M.S, Charles, H., & Zeanah C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*. Volume 14, Issue 4, pages 799–815, October 2001.
- Schechter, D.S., & Willheim, E. (2009). Los efectos de las experiencias violentas en bebés y niños pequeños. En Charles Zeanah: *Handbook of Infant Mental Health, cap 4, 3ª Edition*.
- Schore, A.N. (2002). La desregulación del hemisferio derecho del cerebro: un mecanismo fundamental de apego traumático y la psicopatogénesis del trastorno de estrés postraumático. *Aust NZJ Psiquiatría* 2002; 36: 9-30
- Schore, A.N. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Rev. GPU* 2010; 6; 3: 296-308. Ed. Psiquiatría Universitaria. Publicado originalmente con el título: Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytical self psychology and neuroscience (2009) en *Self And Systems: Annual of the New York Academy of Ciencias*, 1159, 189-203
- Shin, L.M. & al. (2005). A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 62:273-281.
- Sirjacq, M. (2011). Jacques Press, La construction du sens, in *Revue française de psychosomatique*. 2011/1 (n° 39), Pages : 192. Ed. PUF.
- Soulé, M. (1999). La vie du fétus. Son étude pour comprendre la psychopathologie perinatales et les prémices de la psychosomatique. *Psychiatrie de l'Enfant*, XLII,1, p. 27 a 69.
- Shin, L.M. & al. (2005). A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 62:273-281.
- Squire, L. (2009). Memory and brain systems: 1969-2009. En: *The Journal of Neuroscience*, 14 de octubre de 2009.
- Sifneos, P.E. (1995). Psychosomatique, alexitimies et neurociences, in *Revue Française de Psychosomatique*, n° 7. PUF. Paris.
- Sizun, J., Westrup, B., & the ESF Network Coordination Committee (2003). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 20; 89:F384–F389. doi: 10.1136/adc.2003.025114.
- Smadja, C. (1993). A propos des procédés autocalmants du moi. Les procédés autocalmants. *Revue Française de Psychosomatique*, n°4, p. 9-27. Ed. Puf
- Smadja, C. (2001). La vie opératoire. *Études psychanalytiques*. Ed. Puf
- Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Ed. Puf
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalismo. *Psychoanal Stud Child* 1945; 1: 53-74.
- Spitz, R.A. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanal Stud Child*; 2: 313-341.
- Spitz, R.A. (1965). *The first Year of Life. A psychoanalytic Study of normal and Deviant Development of Objetc Relations*, New York, Int. Univ. Press, trad. Fr de la Naissance à la parole, Paris. Puf, 1968.

- Stangellini, G., Matthew, R. & Broome MR. (2014). Psychopathology as the basic science of psychiatry. *Br J. Psychiatry*: 169-170.
- Stern, D. (2012). *Le journal d'un bébé*. Ed. Odile Jacob.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, p. 48 y 51; *El mundo interpersonal del lactante*, PUF, Coll. El hilo rojo, 1989, P. 70-71 y 74.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson - Une perspective psychanalytique et développementale*, Puf, Coll. "Le fil rouge", Paris, 1989 (1ère éd.)
- Stern, D. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Ed. Puf, 2003, p.74
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Ed. Calman Lév
- Szwec, G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Ed. Puf.
- Szwec, G. (1998). *Les galériens volontiers*. Ed. Puf.
- Szwec, G. (2001). La desorganisation de l'état depresif chez le bébé, a l'origine de la depresión esentielle, *Revue Française de Psychosomatique*, n° 29. Ed. Puf.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, AL., & Koren G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*. 1997 Mar 1;349 (9052) :599-603.
- Tissot, R., C., & Bachmann, J.P. (1995). L'évaluation des psychothérapies, en *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: t.3*. Lebovici S., dir., Diatkine R., dir., Soulé M., dir. Edit. PUF
- Tomás, V.M., Miralles, T.A., Beseler, S.B., Revert, G.M., Sala, L., & Uribe Larrea, S. (2008). Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del sueño. Resultados de un estudio epidemiológico en la población escolar de la ciudad de Gandía. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69(3):251-7.
- Tordjman, S., & Charras, K. (2007). Intérêts d'une meilleure compréhension de l'apparente insensibilité à la douleur et des automutilations dans l'autisme: vers de nouvelles perspectives thérapeutiques, In « *La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie* », Erès, Ramonville Saint-Agne, 49-61.
- Tordjman, S., Anderson, G.M., Botbol, M., Brailly-Tabard, S., Perez-Diaz, F., Grainic R., Charlier, M, Schmit G., Rolland, A.C., Bonnot, O., Trabado, S., Roubertoux, P., & Bronsard, G. (2009). Pain Reactivity and Plasma-Endorphin in *Children and Adolescents with Autistic Disorder*, *PlosOne*, 2009, 4 (8): eS289, 1-.
- Trevarthen, C. (1993). *The Self in intersubjectivity: The Psychology of an infant communicating*. En U. Nieser (Ed.). *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self Knowledge*. New York: Cambridge University Press.
- Vaivre-Douderet, L. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk; preterm infants, in *European Journal Paediatric Neurology*, 8, , p. 21-34.
- Vanier, C. (2013). *Naitre prématuré. Le bébé, son médecin et son psychanalyste*. Ed. Bayards.
- Velasco, R. (2011). Memoria y conocimiento relacional implícito. *Revista Temas de psicoanálisis* n° 1.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana e Interacciones, patologías y paradojas*. Ed. Herder
- Winnicott, D.W. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Ed. Laia.
- Wolke, D., Shöne, B., & Riege, K., et al. (1998). An epidemiologic longitudinal study of sleeping problems and feeding experience of preterm and term children in southern Finland: comparison with a Southern German population sample, in *J. Pediatr.*, 133, 2, 1998, p.224-231.

- Yulizen, A.A., Virues, A.T., Rodriguez, B.M., & Galla, V.J. (2007). Estudio polisomnográfico nocturno (PSG) en una muestra de niños con déficit de atención con hiperactividad (TDHA), del tipo Impulsivo-Hiperactivo. 8° Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* Febrero 2007. Psiquiatria.com. Centro de Neurociencias de Cuba.
- Zelkowitz, P., Papageorogiu, A., & Bardin, C. et al. (2009). Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at months, in *Early Human Development*, 85, p.51-58.
- Zelkowitz, P., Bardin, C., & Payerogiu, A. (2007). Anxiety affects the relationship between parents and their very low birthweight, in *Infant Mental Health J*, 28, p. 296-313.

NOTAS DEL DOCUMENTO.

ⁱ <http://newsroom.ucla.edu/releases/ucla-researchers-make-first-direct-156503>

ⁱⁱ <http://www.iqb.es/historiamedicina/personas/cajal/cajal101.htm>

CAPITULO 4. Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico.

ⁱⁱⁱ Texto de la ponencia pronunciada en las III Jornadas Internacionales sobre Avances en Patología Psicósomática, celebradas en el Hospital Gregorio Marañón en julio de 2005.

CAPITULO 5. Psicopatología perinatal: trastornos psicósomáticos y de la interacción, en el bebé.

^{iv} Bernard Golse señala en su libro “L’être-bébé”: “desde 1911 S. Freud insistía sobre el carácter activo de la función perceptiva, no recibiendo los órganos pasivamente la información del exterior, sino al contrario, yendo a su encuentro en la extremidad de los “órganos de los sentidos”. En ese trabajo del todo pionero y precursor, S. Freud subrayaba que el aparato psíquico no puede trabajar más que con pequeñas cantidades de energía y que, para ello, necesita ir a tomar, *de manera cíclica*, en el entorno, pequeñas cantidades de información (hoy en día diríamos “a modo de un radar”), algo que subraya nitidamente el aspecto rítmico de los procesos en juego”.

Un poco más adelante dice: “sobre el fondo de éstos procesos de atención, es el equilibrio entre la pareja mantelamiento/desmantelamiento y los procesos de segmentación, lo que va a permitir la instauración de la comodalidad perceptiva propia del bebé y, por ello, abrirle la vía de la intersubjetividad”. (Traducción del autor).

^v Concepto de Vittorio Gallese, relacionado con el funcionamiento de las Neuronas Espejo.

^{vi} Celebrada en Valencia el mes de Enero de 2008.

^{vii} Neurocientífico, investigador de las neuronas espejo, pertenece al equipo del Prof. Rizzolatti y del Prof. Vittorio Gallese de la Universidad de Padua.

CAPITULO 6. Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno. Un caso de trastorno alimentario

^{viii} Estas defensas, cuyas manifestaciones podremos observar de manera más clara, más adelante, suponen unos procedimientos de desconexión/supresión, no sólo de la misma capacidad de percibir los efectos emocionales intensos derivados de los afectos traumatógeno procedentes del objeto, también suponen la búsqueda de una desafectivización de las pre-representaciones del objeto y del sí mismo o del yo temprano.

Se trata de mecanismos tempranos de inhabilitación de la perceptividad de las experiencias endosomáticas que dañan las pre-representaciones de los afectos vivenciables en el cuerpo y dañan la función del preconsciente en su trabajo de actividad narrativa a través del proceso de doble inscripción consciente e inconsciente de la representaciones de cosas y de su ligazón con la representaciones de palabra. (Sobre estos procesos tempranos ligados a la narratividad se puede consultar el libro “Récit, attachement et psychanalyse, por une clinique de la narrativité” dirigido por B. Golse y Sylvain Missonier).

^{ix} Concepto desarrollado por Pierre Marty.

^x Podemos observar pues, tanto a la edad de un 1 mes y 25 días como después, una discriminación de objeto acompañada de unas ganas de madre, que señala la constitución de un movimiento pulsional de reinvestimento objetal a partir del cual la ausencia experimentada, por contraste con la disponibilidad de unas representaciones de objeto libidinizadas, permite fomentar un movimiento de reclamo de satisfacción del deseo mediante la recuperación alucinatoria y concreta del objeto.

^{xi} Retracción libidinal, que acompaña al movimiento de desobjetalización.

^{xii} Proceso depresivo en forma de renuncia y por tanto pérdida de la presión pulsional invistiente de las huellas emocionales y sensoriales, correspondientes a una modalidad de conexión con el mundo emocional materno.

^{xiii} Concepto desarrollado por la Escuela Francesa de Psicósomática.

CAPITULO 7. Sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?

^{xiv} Vittorio Gallese, investigador del Departamento de Neurociencias de la Universidad de Parma (Italia).

^{xv} Síndrome sin retraso del desarrollo cognitivo y sobre todo del lenguaje

^{xvi} Caso publicado en la Revista de Psicoterapia y Psicología del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica. Título: "Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno", N° 62 de mayo de 2006. Texto reformulado en la ponencia ofrecida en febrero de 2008 en la Jornada Científica de la AGEPSO en Ginebra.

^{xvii} Retracción que acompaña al movimiento de desobjetualización.

^{xviii} Proceso depresivo en forma de renuncia y por tanto pérdida de la presión pulsional investiente de las huellas emocionales y sensoriales, correspondientes a una modalidad de conexión con el mundo emocional materno.

^{xix} Ver los trabajos de León Kreisler sobre la depresión blanca o la neurosis del comportamiento vacío.

CAPITULO 8. Psicología y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición.

^{xx} Ésta concepción no pretende abordar ni cuestionar la etiología del autismo, sino analizar lo que puede suceder en el contexto de la interacción, en algunos casos y en diversas patologías infantiles, siendo una de ellas el autismo.

^{xxi} La concepción de objeto traumatógeno se refiere a un estado de intensa angustia ó sufrimiento, que afecta al cuidador de manera prolongada, y a las dificultades que el psiquismo particular de un bebé encuentra para metabolizar el efecto del malestar somatopsíquico que produce en él la recepción-percepción de dicho estado emocional. No pretende prejuzgar la intencionalidad del cuidador, ni poner en duda su amor por el niño.

^{xxii} Hipersensibilidad señalada en el "Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale" de R. Roussillon, editado en el 2007 por Elsevier-Masson, al referirse a los trabajos de D. Meltzer: "Adhesive Identification" publicado en Contemporary Psychoanalysis, n° 11, p.289-310 y "L'objet esthétique", Revue Française de Psychanalyse" n° 5, p. 1385-1389.

^{xxiii} Para Edelman (citado por B. Golse en su artículo "Contribution des nouvelles données scientifiques à la perspective psychanalytique", editado en la Revue de Psychiatrie, 2001) la memoria no consiste en inscripciones bajo la forma de huellas fijas, como la biología del siglo XIX lo creía. Según él, los recuerdos no corresponden de hecho a ninguna huella concreta fija, sino sólo al recuerdo de la activación neuronal ligada a la experiencia del acontecimiento considerado.

La rememoración depende pues del pasado y del contexto, de tal manera que la evocación de un recuerdo, a partir de un contexto similar al de la experiencia inicial - *sobre todo desde el punto de vista afectivo* - se funda no tanto sobre el recuerdo de las huellas mnémicas sino sobre la recreación de la experiencia pasada mediante la reactivación del grupo neuronal activado en el acontecimiento inicial.

^{xxiii} En el campo del lenguaje, la lingüística moderna considera que la comunicación analógica reenvía sobre todo a la comunicación infra o preverbal, mientras que la comunicación digital reenvía principalmente a la comunicación verbal.

La comunicación analógica preverbal estaría esencialmente sostenida por el hemisferio menor (derecho, entre los diestros) mientras que la comunicación digital verbal estaría esencialmente sostenida por el hemisferio dominante (izquierdo, entre los diestros). La primera transportaría sobre todo afectos, sentimientos y emociones, el segundo sobre todo informaciones, conceptos e ideas.

Esta parte analógica del lenguaje humano que subtiende el contexto emocional (musical) del mensaje puede eventualmente ser comprendida como la parte "no verbal" de lo "verbal".

El niño es primero sensible a la parte analógica del lenguaje del adulto y es a través de ella como entra en cierto modo en el lenguaje, como lo han demostrado bien los trabajos de los pragmatistas (J.L. AUSTIN y J.S. BRUNER por ejemplo).

Esta precesión de lo analógico supone en efecto la intervención posterior de un mecanismo de traducción para asegurar la transformación de las memorias analógicas (memoria vivida) en recuerdos digitales (memoria hablada) y cada vez que hay traducción o pasaje de un estado a otro, hay siempre pérdida como J. LAPLANCHE lo mostró bien con su teoría de la seducción generalizada.

^{xxiv} En el campo del lenguaje, la lingüística moderna considera que la comunicación analógica reenvía sobre todo a la comunicación infra o preverbal, mientras que la comunicación digital reenvía

principalmente a la comunicación verbal.

La comunicación analógica preverbal estaría esencialmente sostenida por el hemisferio menor (derecho, entre los diestros) mientras que la comunicación digital verbal estaría esencialmente sostenida por el hemisferio dominante (izquierdo, entre los diestros). La primera transportaría sobre todo afectos, sentimientos y emociones, el segundo sobre todo informaciones, conceptos e ideas.

Esta parte analógica del lenguaje humano que subtiende el contexto emocional (musical) del mensaje puede eventualmente ser comprendida como la parte "no verbal" de lo "verbal".

El niño es primero sensible a la parte analógica del lenguaje del adulto y es a través de ella como entra en cierto modo en el lenguaje, como lo han demostrado bien los trabajos de los pragmatistas (J.L. AUSTIN y J.S. BRUNER por ejemplo).

Esta precesión de lo analógico supone en efecto la intervención posterior de un mecanismo de traducción para asegurar la transformación de las memorias analógicas (memoria vivida) en recuerdos digitales (memoria hablada) y cada vez que hay traducción o pasaje de un estado a otro, hay siempre pérdida como J. LAPLANCHE lo mostró bien con su teoría de la seducción generalizada.

^{xxv} En un trabajo precedente, B. GOLSE (1999), intenta mostrar cómo, en numerosos campos, la puesta en marcha de los continentes precede a menudo la instauración de los contenidos. Como señala B. Golse, A. LEROY-GOURHAN sostiene la hipótesis que al nivel de la producción pictórica prehistórica, las representaciones abstractas habrían aparecido antes de las representaciones figurativas, es decir que la inscripción de motivos rítmicos, de contornos temporales elementales (alternación de día y de noche, ciclo de las estaciones...) parecen preceder, de lejos, a las primeras representaciones de animales, de personajes o de escenas diversas (caza, guerra).

En el orden de la creación musical o literaria también, la estructura continente se revela primordial. En el ámbito del desarrollo precoz, se admite hoy en día que para el bebé, la interiorización del holding, del handling, de la voz y de los ritmos maternos se produce antes de la instauración para él del objeto como tal, lo que S. LEOVICI, en su tiempo, había anunciado por su frase premonitoria: " el objeto puede ser investido antes de ser percibido".

En la misma perspectiva, sabemos que D.N. STERN describió el funcionamiento de " representaciones de interacciones generalizadas " que corresponden en el fondo a una abstracción continente de la función materna y que W.R. BION mostró la importancia de las " conjunciones constantes " que pretenden contener de una manera anti-dispersiva un cierto número de percepciones, y que la colocación de las envolturas cutáneas y psíquicas y grupales (D. ANZIEU, E. BICK, D. HOUZEL, R. KAES), estabilizando el narcisismo primario y la identidad grupal, prepara en cierto modo las identificaciones objetales propiamente dichas y la identidad individual.

^{xxvi} Ésta hipótesis es complementaria de la que las investigaciones en curso puedan atribuir, en cada caso, al peso de lo genético ó de las alteraciones metabólicas ó neurológicas pré ó post nacimiento.

^{xxvii} Los trastornos del espectro autista son trastornos generalizados del desarrollo que afectan principalmente a los ámbitos de la comunicación, interacción social e imaginación.

La prevalencia de los TEA según la Comisión Europea, en el 2007 era de 30-63 casos por 10.000 habitantes (1 de cada 166 habitantes).

Hasta el momento actual, el diagnóstico del síndrome es clínico y basado en la observación de la conducta del individuo afectado. Se considera que es difícil diagnosticar con fiabilidad el autismo antes de los 12-18 meses.

Si bien las personas afectadas por un TEA tienen una serie de síntomas comunes que constituyen un síndrome, la variedad entre unos y otros y el diferente grado de afectación, hacen de los TEA un síndrome heterogéneo en su aparición y multifactorial en su etiología.

El modelo etiológico actual prevalente, sobre la aparición de los TEA, es el dimensional basado en la vulnerabilidad individual. De esta manera sobre la base de una mayor o menor vulnerabilidad biológica presente en el individuo desde la misma gestación, se sobreañaden otro tipo de factores de vulnerabilidad de tipo psicológico, social, familiar, medio ambiental, que interactúan con la vulnerabilidad biológica de base dando lugar a un fenotipo (Ambiente + Genotipo = Fenotipo) concreto en cada individuo.

Es decir una persona con una vulnerabilidad biológica alta puede dar lugar a una clínica conductual TEA sin la concurrencia de otros factores y una persona con una vulnerabilidad biológica media o baja podrá presentar síntomas o no hacerlo dependiendo de factores de riesgo psicológicos (deprivación ambiental o emocional, madres afectadas de depresión postparto grave o psicosis puerperal, conflictos psicológicos activos interferentes...), sociales o medioambientales.

Debido a esto, el plan terapéutico de una persona con TEA, debe ser individualizado por las características propias del caso, (biología, familia, psicológicos, medioambientales....) y lo que es valido para una persona no tiene por que serlo para otra y a la inversa.

Respecto al abordaje psicológico precoz de los TEA, en sujetos donde se detecten factores de vulnerabilidad de este tipo, también deben incluir a la familia a la que se debe proveer de herramientas para una mejor comunicación y juego interactivo con el niño. Los padres que están integrados en las intervenciones, pudiendo participar en ellas de manera activa, para así aumentar sus conocimientos sobre los métodos que se usan con sus hijos y pudiendo aportar su experiencia diaria con su hijo están en una posición mucho mas adecuada para favorecer la mejor evolución posible de su hijo.

Por otro lado, la atención psicológica a los padres y hermanos que la precisen, afectados por el proceso de duelo a veces complicado de resolver, debe contemplarse como una medida adecuada para favorecer una mejor evolución emocional del entorno familiar.

^{xxviii} Perceptividad entendida como función objetualizante distinta a la del objeto estricto sensu. Definición de la función desarrollada por André Green en 1986, 1993 y citada por Gérard Szvec en su ponencia sobre la desorganización del estado depresivo del bebé en el nº 20 de 2001 de la Revista Francesa de Psicopatología.

^{xxix} Ver los resultados del programa de investigación PILE francés en: www.psynem.org

^{xxx} La prueba de los PE estudia las formas de onda producidas por las partes del cerebro que controlan los nervios ópticos (vista), auditivos (audición) y somatosensoriales (nervios fuera del cerebro y la médula espinal, también conocidos como periféricos).

^{xxxi} La necesidad de modular activamente la percepción auditiva, no sólo existe en el ámbito de la modulación psíquica, también en el ámbito del órgano de la audición. Desde 1911, S. Freud insistía sobre el hecho de que percibir no se limita a una abertura pasiva hacia los estímulos sensitivos-sensoriales provenientes del exterior y a propósito de la atención, decía entonces: "esta actividad va al encuentro de las impresiones de los sentidos en vez de esperar pasivamente su aparición".

Ciertos conocimientos neurofisiológicos modernos han venido a confirmar enteramente esta hipótesis, especialmente en el campo de la audición.

Efectivamente, cuando recibimos un estímulo sonoro, no es este quién va a ser transmitido directamente por el tímpano y los huesecillos (oreja externa) a los nervios auditivos encargados de trasladar el estímulo hasta los lóbulos temporales.

Lo que es encaminado hasta el córtex auditivo es de hecho un estímulo recreado al nivel de la coclea, un estímulo en cierta manera en miniatura e isomorfo del estímulo externo, es decir con la misma estructura en cuanto a su espectro de frecuencias. De este modo el estímulo que llega al córtex es un estímulo de origen endógeno (coclear) pero reconstruido en referencia al estímulo externo.

^{xxxii} Concepción inexacta, aún muy extendida, sobre la supuesta falta de contacto con la realidad que, a mi entender, daña las posibilidades de mejoría y recuperación del niño, puesto que condiciona la expectativa desde la cual se produce su abordaje.

^{xxxiii} R. Debray, 1992, cita incluida en el artículo de Léon Kreisler "Patologías funcionales neonatales alarmantes", publicado en la Revista Francesa de Psicopatología nº 9 de 1996.

^{xxxiv} P. Palau Subiela, M. Benac Prefaci, Eva Mª Jerez Frades. "Signos de alarma precoz en el desarrollo; la mirada: Cecilia no quiere mirar". Conferencia ofrecida en el *Seminario interdisciplinar sobre psicología y psicopatología perinatal e infantil* de ASMI WAIMH-España, en Valencia el mes de mayo de 2009.

^{xxxv} Concepto de Vittorio Gallese, autor perteneciente al grupo de investigadores en neurociencias de la Universidad de Parma, descubridores de las Neuronas Espejo, dirigidos por G. Rizzolatti.

^{xxxvi} El último gran descubrimiento neurofisiológico que concierne a este tema es el del sistema de las " neuronas espejos " Mirror neuron system (G. Rizzolatti y al., 2001).

Gracias a la investigación por neuroimagen (IRM, TMS) y en el EEG, estos investigadores pudieron mostrar que neuronas localizadas en el área de Broca y CPI, que se activan cuando se ejerce una acción motriz, también se activan cuando el sujeto observa a otro realizar la misma acción específica. Después, las investigaciones se multiplicaron. Por ejemplo Fogassi y Col. (2006) pusieron en evidencia que estas neuronas codificaban los mismos actos del otro de manera diferente en función del objetivo de la actividad global del que el acto concreto forma parte.

La importancia de este mecanismo cerebral ha sido subrayada como una comprensión de la intencionalidad del otro, para " la teoría de la mente ", la empatía, la imitación, el aprendizaje, el

origen del pensamiento y la comunicación, la simulación e incluso la identificación y el lenguaje (G. Rizzolatti, Arbib, 1998). La relación entre la disfunción de este sistema y de ciertos trastornos como el autismo ha sido también estudiados.

Investigaciones llevadas sobre otros sistemas neuronales han revelado que fenómenos similares de activación se producen en neuronas normalmente activadas por una emoción, cuando se observan *los signos* de la emoción en otro (la musicalidad sería uno de los signos).

Los mecanismos complejos de la "neurona espejo" estarían activos desde el nacimiento, con una variabilidad individual; un "centro detector de la intencionalidad del otro" (IDC) ha sido descrito. Los resultados de las últimas investigaciones sobre el Sistema de la Neurona espejo y sobre otros sistemas neuronales, ponen en evidencia, cada vez más, bases neurofisiológicas de la comunicación y del lenguaje en el bebé desde el nacimiento. Ya no se trata solamente de mecanismos que conciernen a la actividad motriz sino formas de organización de los afectos y una actividad mental preverbal que comprende representaciones y conceptos codificados más allá de la memoria procedimental de actos (Stern, 2006).

^{xxxvii} No me refiero a la totalidad de los niños autistas, puesto que el espectro es muy amplio, sino a aquellos en los que puedan detectarse la utilización de éstos mecanismos, como sucede en el caso de Daniel.

^{xxxviii} La desconexión empleada para anular el efecto de "lo sentido" mediante la percepción auditiva del sonido producido por la expresión verbal del otro. La hipersensibilidad auditiva en algunos niños autistas es muy significativa de la radicalidad de la defensa

Después de un período de aparente normalidad que llega, a veces, al año y medio ó dos años, período en el que el niño aún escucha, mira y responde, este deja bruscamente de responder, como si se hubiera quedado completamente sordo.

A partir de entonces deja de emitir sonidos, deja de mirar a los ojos de los demás, deja de responder a cualquier llamada y evita el contacto corporal. Tanto las exploraciones audiológicas como las intervenciones quirúrgicas del oído, a las que puede ser sometido descartan que exista algún motivo neurológico o auditivo para su pérdida brusca y radical tanto de la respuesta ante la llamada como de su expresividad emocional espontánea.

En cierto caso, esta situación se produjo en el tiempo en el que la madre sufría de una intensa depresión, en torno al nacimiento de un nuevo bebé. Situación que repetía para el niño una experiencia de relación con la madre deprimida que ya tuvo, a lo largo de varios meses, tras su propio nacimiento. A ello se sumó la regresión identificatoria con el nuevo bebé (experiencia empática primaria), incrementada por el proceso de transparencia psíquica, experimentado por niño con el nacimiento del nuevo bebé, proceso que lo volvió hipersensible y que reactivó las vivencias traumáticas que rodearon su propio nacimiento produciendo una experiencia empática primaria traumática.

^{xxxix} Las teorías actuales de la comunicación distinguen, en referencia a la terminología informática, la comunicación llamada analógica y la comunicación llamada digital., tema abordado en el pie de página de la página 9.

^{xl} Las teorías actuales de la comunicación distinguen, en referencia a la terminología informática, la comunicación llamada analógica y la comunicación llamada digital., tema abordado en el pie de página de la página 9.

^{xli} « Les productions vocales du bébé : Hyperfréquences et processus d'attachement. » Autores : Bailly Kévin, Kiss Jocelyne, Desjardins Valérie, Golse Bernard. www.psynem.fr

^{xlii} Descrita por Monique Bydlowski.

^{xliii} No confundir con el comportamiento neurótico. Tanto la Neurosis de comportamiento como la Depresión esencial y la Vida operatoria son Conceptos desarrollados por la Escuela de Psicopatología de París. Algunos autores representativos: Pierre Marty, Michel Fain, Michel de Muzan, Claude Smadja, Gérard Szewc etc.

^{xliv} Psicopatología del Instituto de Psicopatología Pierre Marty (Escuela de París).

^{xlv} Cierta paciente (no familiarizado con la teoría psicoanalítica), se preguntaba si ése ruido permanente no podía estar ligado a la producción de algún placer.

^{xlvi} Expresión desarrollada en mi trabajo sobre la Negatividad.

^{xlvii} En la dialéctica de la ilustración, "Ulises o mito e ilustración" tiene idéntica función que la interpretación crítica (Deutung) del Canto XII de la fábula Homérica en "Concepto de ilustración" (Begriff der Aufklärung), el primer capítulo del libro.

^{xlviii} (La reverberación es un fenómeno sonoro producido por la reflexión que consiste en una ligera permanencia del sonido una vez que la fuente original ha dejado de emitirlo. Cuando recibimos un sonido nos llega desde su emisor a través de dos vías: el sonido directo y el sonido que se ha *reflejado en algún obstáculo (experiencia)*, como las paredes del recinto. Cuando el sonido reflejado es inteligible por el ser humano como un segundo sonido se denomina eco, pero cuando debido a la forma de la reflexión o al fenómeno de persistencia acústica es percibido como una adición que modifica el sonido original, se denomina reverberación).

LAS CONDICIONES DE CRIANZA AFECTAN AL
BEBÉ
CUIDAR SU ENTORNO RESULTA ESENCIAL

