



---

## ABORDAJE CLINICO CON EL BEBE Y SUS PADRES

Ana Lía Ruiz\*

**L**a vida psíquica del bebé en gestación depende de lo que sus padres piensen, fantaseen sobre lo que puede hacer o ser y de la manera en que interpretan sus movimientos y señales sensitivo-sensoriales arcaicas. Con el nacimiento, este bebé deja el continente psíquico-uterino y deviene visible.

En un inicio, su vida psíquica estaría ligada a sus primeras señales y necesidades corporales que son interpretadas por sus padres. El cuerpo libidinal o erótico del bebé se construye en el seno del encuentro entre su cuerpo biológico y el cuerpo deseante parental. El espacio subjetivo se crea así entre la interacción comportamental y la vida representativa de ambos padres.

¿Cómo comprender lo que el bebé vive y construye psíquicamente?

El escenario se desarrolla en el doble registro de la interacción recíproca visible, real, observable y la interacción fantasmática. Esta noción fue acuñada por Lebovici y Cramer y estaría ligada a los conceptos teóricos de holding de Winnicott y de empatía cenestésica de Spitz.

El concepto de espiral transaccional hace referencia a estos intercambios diádicos-triádicos y nos remite a un diálogo entre los escuchadores del cuerpo y los observadores de fantasmas (Golse, 1999), integrando en un análisis bidireccional los aportes de la observación del comportamiento y la teoría y clínica psicoanalítica.

En este trabajo presentaré ciertas cuestiones ligadas al abordaje clínico del bebé y sus padres. El mismo está a cargo de un psicoanalista con formación en esta área. Estas consultas implican tres aspectos: uno descriptivo, un aspecto interactivo y un aspecto histórico. Se trata así de conocer conjuntamente dónde se inscribe este bebé, su historia familiar y cultural. Se siguen los recorridos de los procesos de filiación y parentalización y a su vez se

---

\* Doctora en Psicología. Profesora del Seminario "Observación de bebés" en la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES (en convenio con APBA).

analizan cuándo se dan los primeros sufrimientos tempranos, sin apelar a las reconstrucciones *a posteriori*, vías retrospectivas como se dan en el trabajo con adultos o niños mayores.

A continuación quisiera señalar ciertas especificidades y obstáculos que hacen a estos espacios clínicos:

En primer término, los riesgos de caer en un “**adultomorfismo**” o sea de considerar el bebé como un adulto “reducido” en cuerpo y psiquismo.

Los grandes progresos realizados en el área de la primera infancia y en especial de su psicopatología residen en que ella misma ha devenido objeto de estudio. Por ejemplo, Spitz (1965) con sus estudios pioneros sobre la carencia afectiva y sus efectos en la estructuración psíquica, se ocupó de la observación directa de bebés en el campo del psicoanálisis; Winnicott, con su expresión “un bebé no existe”, subraya la existencia del bebé sujeta a la función simbólica con su madre; Mahler, con sus estudios longitudinales de la interacción madre-bebé, realiza inferencias -a partir de lo observado- sobre el nacimiento psíquico del niño.

Un segundo aspecto se refiere a **la edad** que confiere cierta orientación a la patología y los medios de análisis y de tratamiento. Los anclajes en lo biológico e interactivo (del ir haciéndose interactivo), trae como consecuencia la importancia de conocer otros aspectos ligados al embarazo, desarrollo fetal y neonatal.

Al respecto Kreisler (1987) plantea que en el primer período de la vida, o sea los primeros seis meses de vida del bebé, la interacción entre los integrantes de la díada es el lugar funcional del equilibrio mental del niño y de sus disfuncionamientos.

Por otra parte G. Hagg (1999) expresa que las primeras relaciones de objeto se inscriben en identificaciones intracorporales que serían vividas en un escenario corporal y estarían enlazadas con los aspectos superficiales de la piel así como con la organización del esqueleto, de la columna vertebral (como estructura interno-organizadora) con la motricidad, con la interpretación de la mirada y se constituyen a través de experiencias de sostén, de aferramiento constituyéndose en fundantes de un Yo corporal.

Relacionado con lo anterior podemos mencionar en tercer lugar otra especificidad fundamental en este campo de trabajo y que gira alrededor del he-

cho de que el **bebé no se expresa con palabras o dibujos**, por lo cual debemos apelar a diferentes caminos para poder comprender sus sufrimientos tempranos como ser el estudio de trastornos funcionales como sueño, alimentación, el conocer ciertos aspectos ligados a su comportamiento y desarrollo. Esto último nos permitirá poder comprender diferentes formas de expresión del bebé. Pero a su vez, por otra parte, qué ocurre en la díada y en la tríada.

El bebé emite un llamado, una puesta en acción con su cuerpo, con sus gestos, movimientos, estados, llantos, etc., la madre en un primer momento oye, registra con su cuerpo estos mensajes y los decodifica, los transfiere a otro código dándole un sentido, de ahí que decimos que la madre semantiza las acciones del bebé. Es decir que "el actuar" del bebé será tal en cuanto a lo que la madre responda con su actuar y decir.

Esto nos lleva a la necesidad de conocer los fantasmas y representaciones tanto maternas como paternas, los elementos de la transmisión intergeneracional y cómo inciden éstos en la dinámica intrapsíquica del bebé.

De esta manera, los espacios psíquicos bebé-madre-padre permiten poner en evidencia desviaciones precoces de esta interacción temprana como primeros signos de psicopatología (Lebovici, 1983).

Por último, debemos señalar que el abordaje **transdisciplinario** surge como reflejo del objeto de estudio: el niño pequeño y sus padres, dando lugar a una integración fecunda entre profesionales "del cuerpo" y profesionales "de lo psíquico". Alrededor de la cuna se reúnen una multitud de disciplinas que vuelcan un cúmulo de información modificando las miradas de unos y otros (Golse, 1998).

Sin embargo, nos deberíamos interrogar si cada disciplina habla del mismo niño y en esta línea de pensamiento considerar las diversidades de miradas como parte del campo terapéutico que genera un "espacio mental" constituido de multiplicidad de visiones que giran alrededor del niño pequeño y su familia. Esta mirada "ampliada" quizás permita un compás de espera ante el material y no un forzamiento de apoyaturas en hipótesis teóricas acerca de la primera infancia.

Kreisler (1987) hace referencia a esta modalidad de abordaje transdisciplinario al recordarla en su obra *El infante y su cuerpo*, que surgió del trabajo conjunto de un pediatra (Kreisler) y dos psicoanalistas (Fain y Soulé):

*“Este tipo de investigaciones (en referencia a la obra citada) nos permiten asegurarnos acerca de las ventajas de las dos disciplinas: para el pediatra, la reflexión psicoanalítica carga de sentido a los hechos de la observación psicósomática y evita el apelar a catálogos fenomenológicos estériles; para el psicoanalista la observación de un pediatra permite evitar desviaciones y errores cronológicos sobre un bebé mítico reconstruido por la ‘predicción del pasado’ ” (pág. 286).*

Ejemplos de esta manera de abordaje pueden ser: los Equipos de Seguimiento Alejado de Neonatos de Alto Riesgo e integrado por diferentes campos disciplinares, o los Equipos Transdisciplinarios de Estimulación Temprana, o de Atención a la Minoridad compuestos por abogados, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

Sin embargo, se debe señalar lo difícil de instaurar y mantener un equilibrio integrador ante las distintas formaciones y puntos de vista de los diferentes profesionales ya que en este encuentro pueden surgir lo que Golse (1998) denomina “conflictos de apropiación”. Estos expresan los conflictos identificatorios de algunos de los integrantes del equipo de atención, originando diferentes posturas personales frente al bebé o a los padres, por ejemplo, ya que algunos profesionales pueden identificarse con la indefensión y desvalimiento que expresa el niño pequeño, movilizando aspectos propios primitivos y profundos o, en otros casos, identificarse con los discursos parentales.

Bernard Golse (1998) plantea que el abordaje clínico transdisciplinario permite la “maleabilidad” de cada uno de los integrantes. Basándose en el concepto de “objeto maleable” de Milner, quien fundamenta este trabajo de experimentar experiencias de acercamiento, de distanciamiento, de fusión, de separación e individuación que se dan entre las diferentes disciplinas, donde el otro imprime sus huellas sin perder la propia identidad.

### **La creación de espacios de espacios psíquicos en la consulta con el bebé y sus padres**

Estas consultas se llevan a cabo en presencia del bebé, su madre y su padre. La ausencia de éste adquiere significado como así también el hecho de que la madre y el bebé sean acompañados por otro integrante de la familia. La presencia de un tercero nos permite conocer el escenario donde se desarrollan estas primeras interacciones tempranas.

Lebovici (1983) empleó la expresión “consulta terapéutica” para denominar



a este método específico de abordar las interacciones tempranas bebé-madre (padre) en la situación clínica.

El término “consulta terapéutica” fue acuñado por Winnicott (1941), quien planteaba realizar en las entrevistas de evaluación, intervenciones que apuntaran a una modificación del paciente a fin de obtener un efecto terapéutico desde la primera entrevista.

No es posible proponer una metodología común para todos los casos, algunas de estas consultas pueden seguir el curso trazado por Winnicott en su observación de una situación fija, como es la consulta pediátrica. Este autor se refiere a ciertos “momento sagrados” que surgen en las mismas y que son terapéuticos por la emoción constructiva que generan (1941).

Estas experiencias se acercan a lo vivido en los encuentros llevados a cabo en una Unidad de Internación neonatal o pediátrica cuando el bebé está internado y la presencia del psicólogo crea un espacio para la palabra y los afectos.

Otra modalidad puede ser en consultorio, donde el psicoanalista escucha y observa a los padres y al bebé ya sea en forma individual o en coordinación con otro miembro del equipo transdisciplinario, como puede ser una sesión de estimulación temprana.

Lebovici (1998) habla, por ejemplo, de una “Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica” con la tríada, que consisten en tres o cuatro entrevistas que se realizan con el bebé, su madre y/o su padre, en las que se analiza la transmisión intergeneracional, el proceso de parentalización-filiación y el mandato de vida que marcan el destino del bebé. Luego de una primera entrevista deja abierta la posibilidad de conocer si hubo cambios en la situación analizada en las consultas psicoterapéuticas a través de llamadas telefónicas, por ejemplo.

Kreisler (1987) también habla de “consultas terapéuticas” como ciertas intervenciones que pueden ser únicas, limitadas en el tiempo o reducidas a algunas entrevistas necesarias a aclarar el caso y elaborar una acción psicoterapéutica que por su acción pueden modificar un estado mórbido o cambiar una situación patológica en una orientación suficientemente favorables.

Otro ejemplo puede ser el “Programa de Intervención Psicológica” llevado

a cabo durante la internación del recién nacido prematuro en las unidades de internación neonatales en el que se desarrollan consultas psicoterapéuticas dentro y fuera de la unidad de internación y que acompañan los procesos de anidación biopsíquica del bebé y sus padres (Ruiz, 2004).

El escenario de éstas puede variar entonces, así puede ser un consultorio, una unidad de internación, etc. ya que lo que define el campo no es el espacio físico sino la escucha y observación participativa dirigida a las interacciones que se juegan entre madre-padre-bebé.

Se genera así una situación clínica en la que por lo general se presenta un bebé con síntomas como pueden ser los trastornos de sueño, alimentación, de comportamiento, etc., o que por su inmadurez o patología orgánica requiere una interacción diferente a la deseada e imaginada por ambos padres durante la gestación del niño (Fustiñana, Ruiz, 2002).

Estos encuentros movilizan, como todo encuentro, una carga emocional intensa debido a las investiduras narcisísticas y objetales que suscita el bebé y la regresión libidinal que esta situación genera en cada uno de los protagonistas, a saber: en los padres que acompañan el bebé y en el analista que los recibe.

El bebé o el niño pequeño directa o indirectamente emiten una llamada, situación que se verá mediatizada por la presencia física, la demanda y el deseo inconsciente de ambos padres como fue analizado anteriormente.

El analista deberá escuchar con sus dos partes, de adulto y niño, comprendiendo lo que los padres despliegan a través de su discurso y lo que el bebé le expresa a través de su cuerpo a través de estímulos sensoriales, perceptivos intensos, que le exigen un verdadero trabajo psíquico para “escuchar” lo que éste dice, para comprender las proyecciones de las cuales él es objeto y para comenzar a hacer enlaces que le permiten dar sentido, brindando un “comentario interpretativo”. Este cumple una función de “ligazón continente”, comentario más cercano a los afectos y generalmente dirigido al bebé, envolviendo a la madre y padre ya sea en su presencia o ausencia.

Otros recursos que empleamos en esta escucha son señalamientos que van dirigidos a los adultos o al bebé y así semantizamos gestos, actitudes, enlazamos con palabras pero también con acciones que permiten desentrañar “malos entendidos”. Muchas veces nos desplazamos en el espacio o estamos junto con el bebé en el suelo, si es un niño que gatea, o en la silla y



escuchamos a la madre, al padre y en este recorrido espacial creamos un espacio conjunto para este bebé, esta mamá y este papá.

El psicoanalista se identifica empáticamente con los padres que se identifican con su hijo y también con el cuerpo del bebé y de esta manera sus contraidentificaciones le otorgan un poder de “empatía metaforizante” y “una enacción”, es decir, un sentir en el cuerpo que le permiten co-pensar, co-sentir y co-crear con los integrantes de la interacción (Lebovici, 1998).

Pasaremos a un ejemplo para comprender cómo se dan estos movimientos contratransferenciales en el psicoanalista.

### **Los fantasmas maternos en la cuna de Juana**

Juana es internada cuando contaba con un mes y quince días de vida por un diagnóstico de “vómitos sin causa conocida”. Es la tercera hija de una familia que cuenta con dos hijos varones de tres y siete años respectivamente.

Juana es internada en una unidad de internación neonatal<sup>1</sup>. Las enfermeras comentan que tuvieron que pedirles a ambos padres que no trajeran a sus hijos mayores, ya que los niños recorrían la sala tocando los aparatos de los otros bebés internados y a pesar de sus reiterados pedidos de límites éstos no respondieron a los mismos.

Nuestros primeros encuentros se desarrollaron dentro de la unidad de internación con ambos padres. La madre me comenta que Juana es una beba muy serena, que sus hermanos querían una nena y están muy contentos con ella. Está preocupada por el hecho de tener que internarla, pero le angustiaban mucho “sus vómitos”, por lo cual se siente en parte tranquila y segura de que puedan los médicos “estudiarla”. El padre se muestra inquieto dentro de la sala y comenta que quiere irse, la madre se resiste a dejar a Juana sola; se le explica junto con la enfermera a cargo de la bebé que está tranquila, durmiendo y que pueden irse.

Desde lo médico se realizan una serie de estudios a fin de determinar el origen de los trastornos que presentaba esta beba tales como ecografías, seria-

---

<sup>1</sup> Unidad de internación neonatal del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires. Esta unidad permite sin restricción de horarios y tiempo el ingreso de ambos padres, hermanos y abuelos de los bebés internados.

da de esófago los que no demostraron evidencias de hipertrofia u otros signos que permitieran explicar los vómitos de Juana. En los días que permanece internada comienza a recuperar peso y sólo presenta algunos episodios de reflujo. Se le da de alta y se plantea un control pediátrico.

A los quince días (dos meses de edad de Juana) encuentro a la madre en la sala de espera de la unidad de neonatología y me comenta que nuevamente la han internado, "que comenzó con vómitos", que ha bajado de peso y que en estos momentos está con suero.

Me acerco a la cuna donde permanece Juana en cuidados intermedios. Observo que la beba está inquieta, apoyo mi mano sobre su cuerpo y tiende a recobrar un equilibrio en sus movimientos y ritmos fisiológicos (cardíacos y respiratorios); cuando me separo comienza con movimientos corporales y compruebo que reclama de esa manera que se queden a su lado. Sus señales son poco claras y se expresan a través de movimientos corporales como agitación psicomotriz (flexo-extensión). En otro momento, observo que la madre permanece con Juana en brazos apartada de su cuerpo, con la mirada perdida, no mira a su bebé. Esta es alimentada con sonda nasogástrica y con leche de soja orientándose el equipo médico a un diagnóstico metabólico y siendo dada de alta a los pocos días de internación recuperando peso y no presentando el cuadro de "vómitos" descrito por su madre.

A los tres meses es internada nuevamente por "vómitos y pérdida de peso", le realizan una resonancia magnética de cerebro, una PHmetría cuyo resultado es normal como los estudios metabólicos que dan resultado negativo.

Los neonatólogos y especialistas reunidos me plantean que se trata de un "síndrome de Münchhausen"<sup>2</sup> y me solicitan que realice una entrevista con ambos padres antes de darle el alta a Juana.

---

<sup>2</sup> El término fue acuñado en referencia al Barón Von Münchhausen, mercenario militar de Münchhausen, que era conocido por los cuentos de ficción y mentiras de grandes viajes. El Prado de Roy acuñó el término "síndrome de Münchhausen" para describir a dos madres que, en 1977, mintieron respecto a síntomas que dijeron padecían sus dos niños, los cuales eran provocados por ellas mismas. Este síndrome comienza a aparecer en la literatura médica y psicológica infantil, como una de las formas más sutiles y enigmáticas de maltrato infantil. Involucran a una madre en aparente estado de preocupación y ocupación devota, quien provoca o simula repetidamente la enfermedad en su desamparado hijo, manipulando a los médicos tratantes, hasta convertirlos en protagonistas involuntarios de maltrato a través de técnicas médicas intrusivas. Los síntomas del niño normalmente ocurren solamente en la presencia de la madre y menguan en su ausencia.





---

Acompaño a uno de los neonatólogos a hablar con los padres, quien les explica los resultados negativos de los estudios y que Juana no tiene nada de origen orgánico, señalando que sería bueno que conversaran conmigo, ya que las reiteradas internaciones podrían “haber afectado su estado emocional y relación familiar”.

Invito a ambos padres e hija a pasar a un aula (que cumple la función de un espacio más íntimo y privado que la unidad de internación). Observo que Juana está despierta en brazos de su madre, muy alerta a su alrededor.

Al ingresar a la misma le pregunto a la madre si me deja alzarla. Noto que Juana presenta un aumento de tono, le cuesta amoldarse a mi cuerpo y que para relajarla debo estimularla con estimulaciones varias como movimientos de balanceo, palmoteo, etc. Comienzo a hablar con los padres, en especial con la madre, quien me cuenta que durante el embarazo de su hija estuvo muy mal, ya que falleció su padre luego de una larga enfermedad que le demandó un gran esfuerzo físico y emocional.

No quería quedar embarazada pero su marido e hijos insistían que querían una hermanita. A lo largo del embarazo presentó diferentes síntomas como malestares, descomposturas, náuseas y vómitos; sentía que le molestaba su estado y no podía ocuparse de su padre como lo deseaba.

Sus padres estaban separados y no mantiene ninguna relación con su madre a la que hace mucho que no ve. Inclusive no le avisó del fallecimiento de su ex marido.

La madre comienza a rearmar su historia, su tono de voz cambia, le cuesta expresarse con palabras, se observa el dolor psíquico como manifestación exterior, visible y perceptible en su relato y este discurso materno es diferente al escuchado en otros momentos cuando tenía la beba en brazos alejada de su cuerpo y más distante y sin poder conectarse afectivamente con las necesidades de sostén de Juana. Este era monocorde, sin entonación, expresando cuidado en las palabras que emitía.

La creación de un espacio de intimidad permite la escucha atenta y empática de la historia de esta madre, de sus deseos, de sus pérdidas y temores encontrando un sentido a los comportamientos maternos observados, que le revelan al psicoanalista el lugar que ocupa Juana en la vida imaginaria y fantasmática materna y paterna.

Así el crear una distancia entre ambas permitió comenzar a armar otra historia y a liberar a esta bebé de ser portadora de los fantasmas parentales.

Juana comenzó a sonreírse como respuesta ¿podríamos decir social?, fue dada de alta y su madre retomó su análisis y hasta el momento no ha presentado otro trastorno. Juana es una beba muy "simpática" y con un excelente nivel madurativo según refiere su pediatra.

Nos limitaremos aquí a analizar algunos aspectos de este material, por ejemplo nos podríamos preguntar qué me llevó a tomar la beba en brazos, creo que pude leer en los gestos maternos y en el cuerpo de Juana un pedido de ayuda para poder poner distancia. Este identificarse con el otro a partir de gestos, de lo no verbal, es lo que permite poder escuchar al cuerpo y observar los fantasmas maternos:

*Una vez relajada en mis brazos Juana comienza a sonreír, se lo señalo a ambos padres y le digo que Juana quiere comenzar otra historia, quiere divertirse, no le gustan los hospitales y prefiere estar en su casa con sus padres, hermanos y juguetes.*

En consecuencia, el rol de la empatía del psicoanalista es identificarse empáticamente con los diversos protagonistas de la escena triádica. No sólo comprender la situación sino vivir, metafóricamente la situación interactiva. Hacer alianzas con el bebé, la madre y eventualmente con el padre. Así el padre de Juana toma sus vacaciones al alta de su hija, acompañando a su mujer en el cuidado de los tres hijos y comprendiendo lo difícil que le resulta a su mujer el cuidado en soledad de los tres niños.

Juana sonríe a su madre y ésta le sonríe a su hija, aliviándola quizás de este cuerpo a cuerpo donde su inconsciente se filtra e imponiendo una distancia a los intercambios diádicos, a través de sus capacidades de comunicación sensorial como la visión y audición, las que posibilitan un espacio físico entre ambas. Recordemos las diferentes estimulaciones que requirió para ser apaciguada. La posibilidad de desarrollar otras competencias como lo visual le permite vivenciar desde lo psíquico otros espacios de diferenciación e integración somatopsíquica.

Al hablar desde el bebé: "*Juana quiere comenzar otra historia, quiere divertirse, no le gustan los hospitales y prefiere estar en su casa con sus padres, hermanos y juguetes*", el psicoanalista realiza otro movimiento: una "identificación semántica" con el bebé y desde esa interacción, que pone en pa-



labras hablando desde el lugar del bebé, se aproxima a Juana, la tiene en sus brazos, busca sentir con... y junto al bebé. Otro ejemplo sería el momento en que coloca su mano sobre el cuerpo de la bebé y siente lo que necesita.

Otro ejemplo de modalidad de intervención puede ser la llamada telefónica a los pocos días del alta de Juana, cuando la madre me consulta si sería conveniente iniciar la alimentación semi sólida ya que la beba comenzó con "vómitos" nuevamente. Como no encuentra al pediatra de su hija y ante el temor de que la internen nuevamente, decide probar con un puré y ante la aceptación de Juana comienza la alimentación semi sólida a los cuatro meses de edad. Esto es vivido por la madre como que su hija ya está más "grande", quizás podríamos pensar menos indefensa ante sus proyecciones y con mayores posibilidades de relacionarse con su madre y no con los fantasmas maternos que despierta.

Así, nuestro abordaje clínico se vuelve necesario cuando los fantasmas paternos provenientes del pasado se instalan en la cuna del bebé, que es como "la metáfora de la extensión del aparato psíquico de sus padres". Así lo señala Selma Fraiberg cuando nos habla de los "fantasmas en la guardería" como "aquellos visitantes provenientes del pasado no recordado de los padres, los asistentes no invitados al bautismo" y al respecto dice:

*"Cuando las circunstancias son favorables, los espíritus poco amigables y espontáneos se desvanecen en la recámara de los bebés y regresan a su morada subterránea. El bebé realiza su propio reclamo imperativo de amor de sus padres y, en estricta analogía con los cuentos de hadas, los lazos de amor lo protegen a él y a sus padres contra los intrusos: los malévolos fantasmas. Esto no significa que los fantasmas no puedan inventar hechizos desde lugares ocultos. Aún en familias en que los lazos de amor son estables y fuertes, los intrusos del pasado parental suelen interrumpir en el círculo mágico en un momento inesperado, y un padre y su niño pueden encontrarse reviviendo un momento o una escena de otra época, con otro grupo de personajes. Tales sucesos no se aprecian en el seno familiar, y ni el infante, ni sus padres, ni sus lazos peligran necesariamente por una breve intrusión. Generalmente no es indispensable que los padres requieran nuevos servicios clínicos. Pero en otras familias puede haber casos más problemáticos en la recámara de los bebés causados por los intrusos del pasado".* (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975, p.100).

Así, nuestra escucha del cuerpo tanto del bebé como de los padres y la ob-

servación de los fantasmas parentales permiten correr el velo de los mismos posicionando al bebé no en función de éstos sino reencontrándolo en su propia subjetividad.

*Primera Versión: 18/10/04*

*Aprobado: 7/01/05*

### **Bibliografía**

Fraiberg, S., Adelson, E. Shapiro, V.: (1975) *Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships*. The Ohio State, University Press.

Fustiñana, C., Ruiz, A. L.: (2002) "Situaciones críticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales"; en: Beker, E., Beltrán, M. C., Besozzi, A. (comp.) *Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas Interdisciplinarias*. Buenos Aires; Catálogos.

Golse, Bernard: (1998) "Psicopatología en la perinatalidad"; en: *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, N° 26, 2º semestre; Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.

(1999) *Du corps à la pensée*, París. Presses Universitaires de France.

Haag, G.: (1999) "Devenir prope: les préalables". En: Cohen-Solal, J.; Golse, B., *Au début de la vie psychique*, París. Editions Odile Jacob.

Kreisler, L.: (1987) "Rencontres nouvelles avec le bébé"; *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*; Paris, Dunod.

Lebovici, S.: (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

(1998) *L'arbre de vie. Eléments de la psychopathologie du bébé*, France; Editions Érès.

Ruiz, A. L.: (2004) *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires; Miño y Dávila.

Spitz, R.: (1965) *El primer año de vida del niño*, Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 1985.



Winnicott, D. W.: (1941) "La observación de niños en una situación fija", en: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Buenos Aires; Editorial LAIA, 1979.

### Resumen

En este trabajo se presentan ciertas cuestiones ligadas al abordaje clínico del bebé y sus padres. El mismo está a cargo de un psicoanalista con formación en esta área. Estas consultas implican tres aspectos: descriptivo, interactivo e histórico. Se trata de conocer dónde se inscribe este bebé, su historia familiar y cultural. Se siguen los recorridos de los procesos de filiación y parentalización; se analizan cuándo se dan los primeros sufrimientos tempranos, sin apelar a las reconstrucciones a posteriori, vías retrospectivas como se dan en el trabajo con adultos o niños mayores.

Se señalan ciertas especificidades y obstáculos que hacen a estos espacios clínicos como el riesgo de caer en "un adultomorfismo", la corta edad del niño que nos exige apelar a otros medios diferentes a la palabra o dibujos para comprender sus sufrimientos y el abordaje en un campo transdisciplinario.

Por último, se presenta un caso clínico a fin de señalar diferentes intervenciones del psicoanalista.

**Palabras claves:** el bebé y sus padres; abordaje clínico; consulta terapéutica.

### Summary

In this work I will present certain questions related to the clinical boarding of the baby and their parents. The same one is in charge of a psychoanalyst with formation in this area. These consultations imply three aspects: descriptive, interactive and historical. One is to know where east baby registers, its familiar and cultural history. The process ranges of connection and parentalización are followed; they are analyzed when the first early sufferings occur, without appealing to the route reconstructions later, retrospective as one occurs in the work with adults or greater children. To certain specificities and obstacles are indicated that do to these clinical spaces like the risk of falling in "a adultomorfismo", the short age of the boy whom it demands to appeal to other means different from the word or drawings to us to understand his sufferings and the boarding in a transdisciplinario field. Finally a clinical case appears by the end of of indicating different interventions from the psychoanalyst.



**Key words:** the baby and their parents; clinical boarding; therapeutic consultation.

### Résumé

Dans ce travail je présenterai certaines questions liées à l'approche clinique du bébé et ses parents. Ce dernier est à charge d'un psychanalyste avec formation dans ce secteur. Ces consultations impliquent trois aspects: descriptif, interactif et historique. Il s'agit de connaître où son histoire familiale et culturelle s'inscrit. On suit les parcours des processus filiation et parentalisation; ils sont analysés quand on donne les premières souffrances précoces, sans faire appel aux reconstructions postérieures, à des voies rétrospective comme il est donné dans le travail avec des adultes ou des enfants plus grands. On indique certaines spécificités et obstacles qui font à ces espaces cliniques comme le risque de tomber dans "un adultomorfisme", l'âge jeune de l'enfant qui nous impose de faire appel à d'autres moyens différents le mot ou les dessins pour comprendre ses souffrances et l'abordage dans un domaine transdisciplinaire. Finalement un cas clinique se présente à la fin d'indiquer de différentes interventions du psychanalyste.

**Mots clés:** le bébé et ses parents; l'approche clinique; consultation thérapeutique.

**Ana Lía Ruiz**  
Cortázar 3503  
(1417) Ciudad de Buenos Aires  
Tel: 4502-0662  
ruizana@ciudad.com.ar