

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales



CARRERA DE ESPECIALIZACION EN PSICOANALISIS DE NIÑOS

Trabajo Final de especialización:

“APORTES PSICOANALÍTICOS PARA LA COMPRENSIÓN DEL VÍNCULO TEMPRANO MADRE-BEBÉ”

Autora: Lic. Jennifer Bertin

Tutora: Lic. Silvia Morici

Fecha: 10 de julio, 2012

Lugar: Ciudad de Buenos Aires

INDICE DE CONTENIDOS

Introducción	p. 4
Metodología de Trabajo	p. 6
Capítulo 1: Vínculo Temprano	
<i>Lo temprano del vínculo</i>	p. 8
<i>Vínculo madre – bebé</i>	p. 9
Capítulo 2: El bebé	
<i>Las capacidades del bebé - ¿qué trae el bebé consigo al mundo?</i>	p. 15
<i>¿Se puede pensar al bebé sin su madre?</i>	p. 16
<i>Las diversas representaciones de bebé</i>	p. 18
<i>Desarrollo psíquico del bebé</i>	p. 22
<i>La psicopatología del bebé</i>	p. 24
Capítulo 3: La Función Materna	
<i>¿Qué entendemos por el concepto de madre?</i>	p. 28
<i>Los comportamientos maternos</i>	p. 29
<i>La perspectiva de Winnicott</i>	p. 30
<i>Los aportes de Gutton</i>	p. 33
<i>Las ideas de Bick</i>	p. 35
<i>Las conceptualizaciones de F. Doltó</i>	p. 36
<i>Las ideas de P. Aulagnier</i>	p. 37
<i>La Función Materna</i>	p. 39
<i>La adquisición del pensamiento en el bebé</i> <i>promovida por la función materna</i>	p. 42
<i>En síntesis, ¿qué es la función materna?</i>	p. 44
Capítulo 4: Alteraciones en el vínculo temprano	
<i>Alteraciones en la interacción madre-lactante</i>	p. 45
<i>Interacciones fantasmáticas – Aportes de Lebovici,</i> <i>Aulagnier, Bleichmar y Gutton</i>	p. 56

<i>Spitz – Relaciones madre-hijo incorrectas e insuficientes</i>	p. 59
<i>Trastornos funcionales del primer año de vida</i>	p. 65
Capítulo 5: Los efectos de las fallas en la función materna	
<i>Gutton – Inadecuación de los cuidados maternos</i>	p. 75
<i>Bion – Fallas en la función alfa y rêverie materna</i>	p. 76
<i>Psicosis infantil y fallas en la estructuración psíquica de los niños -</i>	
<i>Aportes de Winnicott, Aulagnier, Janin y Bion</i>	p. 79
<i>Winnicott – Constitución yoica y fallas en el ambiente facilitador</i>	p. 84
<i>Dolto – Alteraciones en el proceso de castración y el proceso simbólico</i>	p. 95
Conclusiones	p. 102
Referencias Bibliográficas	p. 110

INTRODUCCIÓN

La importancia del vínculo entre la madre y el bebé durante su primer año de vida, es un tema abordado recientemente en el campo del psicoanálisis (Lebovici, at. al., 1993; Winnicott, 1965). A pesar de que en las últimas décadas la comprensión de la niñez ha cobrado gran importancia en el ámbito psicoanalítico, el estudio de la primera infancia (primer año de vida) es un tema que entró contemporáneamente al interés del psicoanálisis. Han sido los psicoanalistas como Winnicott, Bion, Spitz, Bowlby y Bick los que inauguran y profundizan la teoría sobre el bebé.

La bibliografía existente acerca de lo que acontece durante el primer año de vida, abunda desde la disciplina de la pediatría. Sin embargo, a pesar de que se encuentran referencias, esbozos y aproximaciones psicoanalíticas a la comprensión psicoanalítica del bebé, aún queda mucho por pensar y comprender acerca de ello.

Actualmente se sabe que las patologías graves se deben a alteraciones que sobrevienen muy tempranamente (Winnicott, 1969a; Doltó, 1984; Aulagnier, 1975) y que las patologías funcionales del bebé también denotan un sufrimiento psíquico (Spitz, 1965; Kreisler, et.al, 1977). Por ende, tanto para el diagnóstico precoz de patologías graves o vinculares, como para realizar intervenciones tempranas con el bebé y su madre, o para comprender el origen de patologías ya instaladas; el estudio psicoanalítico de la primera infancia constituye un tema relevante y vigente.

Desde la perspectiva psicoanalítica se sostiene la hipótesis de que lo que acontece en el bebé está inevitablemente ligado al vínculo que establece con su madre (Morici, 2009; Kreisler, et.al, 1977; Spitz, 1965; Winnicott, 1965; Doltó, 1984; Lebovici, at. al., 1989). En otras palabras, para comprender psicoanalíticamente al infante, es necesario comprender psicoanalíticamente a la madre (o sustituto) y al vínculo (díada) que se establece entre la madre y el bebé.

En el presente trabajo se intentará demostrar la importancia que tiene el vínculo temprano para el desarrollo psíquico del sujeto. También se buscará echar luz sobre el particular modo vincular establecido entre el bebé y su madre; caracterizado por una interacción mutua, de influencia recíproca. Mediante la articulación teórico-clínica se

ilustrará de qué modo la vincularidad y las características de la función materna afectan el psiquismo de un bebé, favoreciendo u obturando su desarrollo.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente trabajo es el trabajo final de la carrera de especialización en psicoanálisis de niños, que consiste en una articulación teórico-clínica sobre el análisis de viñetas de casos. Se trata de una investigación cualitativa comprensivo analítica en base a viñetas de casos clínicos de niños, madres y tratamientos vinculares (madre- hijo).

Se trabajará sobre supuestos hipotéticos (Bottinelli, 2003), y no sobre hipótesis, ya que no se conocen específicamente las variables de antemano. Se identificarán variables y, partir de ello, se construirán indicadores. Desde esta perspectiva, el concepto de vínculo temprano será abordado a partir de diversos ejes de análisis, los cuales se detallan a continuación:

- Definición y explicación del concepto de vínculo temprano.
- Descripción de ambos miembros de la díada (madre-bebé) y su interacción, a saber: cuáles son las capacidades y necesidades del bebé, en qué consiste la función materna y cómo interactúan entre sí las características del bebé y de la función materna.
- Análisis de las posibles alteraciones en el vínculo temprano y sus consecuencias en el desarrollo psíquico del infante. Es decir, análisis del modo en que las alteraciones del vínculo temprano se relacionan con la psicopatología del bebé y los síntomas y trastornos de los niños.
- Descripción de la psicopatología del lactante y su relación con las modalidades que puede adoptar la función materna.
- Análisis de las consecuencias posibles de las fallas de la función materna, desde la perspectiva de diversos autores psicoanalíticos. Identificar de qué manera las fallas de la función materna pueden obturar el desarrollo psíquico del bebé.

Los casos clínicos que serán utilizados para ilustrar empíricamente los ejes de análisis mencionados, serán viñetas clínicas de pacientes que realizan o han realizado un tratamiento psicoanalítico. Los casos seleccionados ilustran las particularidades del vínculo

temprano, ya sea desde la perspectiva de la madre, del niño o de ambos. El vínculo temprano es analizado en el presente o retrospectivamente (mediante el discurso y producciones actuales). Se utilizarán viñetas de dos grupos de casos clínicos:

1. Las viñetas clínicas de casos de mujeres que consultan por su maternidad (mujeres embarazadas y madres con bebés), posibilitarán el análisis del discurso de la madre. A partir de ello se identificarán elementos que permitan comprender las características de la función materna y de las interacciones fantasmáticas en el vínculo, y sus efectos en el desarrollo psíquico del bebé o niño (a través del discurso materno).

2. Las viñetas clínicas (sesiones individuales y sesiones vinculares) de casos de niños pequeños con dificultades en el vínculo con la madre que existen desde la primera infancia, y de niños más grandes cuya sintomatología actual puede encontrar su origen (aunque sea parcialmente) en la primera infancia. A partir de fragmentos de sesiones con estos niños (individuales y vinculares), y el estudio de su sintomatología o problemática actual, se buscará comprender de qué manera se relacionan con las vicisitudes del vínculo temprano.

Dadas las características del tema y la metodología abordada a través de viñetas, se presentarán como capítulos cada uno de los ejes de análisis del trabajo en: antecedentes, viñetas de casos, análisis e interpretación. (Comunicación personal de Bottinelli, 2012)

Los ejes de análisis presentados, y su articulación teórico clínica, serán abordados en capítulos separados. Para facilitar la presentación y análisis de cada eje, la metodología de trabajo utilizada será la siguiente: Los primeros capítulos ofrecerán un marco teórico que permita comprender el concepto de vínculo temprano. En los siguientes capítulos se presentarán los antecedentes teóricos sobre diversos temas. Cada tema será acompañado por la presentación de una viñeta que lo ilustre, a partir de la articulación teórico-clínica. De esta manera, se podrán seleccionar numerosos casos (en el formato de viñetas clínicas) que puedan echar luz sobre aspectos particulares de cada tema presentado.

CAPÍTULO 1: VÍNCULO TEMPRANO

“La calidad y las vicisitudes de las relaciones tempranas son determinantes en el desarrollo de la personalidad y de la salud mental.”

(Marrone, pag. 33, 2001)

I. Lo temprano del vínculo

El vínculo temprano puede entenderse como un particular tipo de encuentro entre el bebé y su madre (o cuidador). Es un encuentro psíquico asimétrico entre el psiquismo naciente del bebé y el psiquismo ya desarrollado del adulto; entre un sujeto maduro deseante e inmerso en la cultura y un sujeto inmaduro en formación, que debe insertarse en la cultura. El vínculo temprano implica un encuentro entre: las características de personalidad del adulto cuidador, el grado de vulnerabilidad del bebé, la historia prenatal del bebé y la historia conjunta construida a partir del nacimiento. Del acontecer de este vínculo va a depender el desarrollo psíquico del infante humano. (Morici, 2009)

La noción de vínculo temprano permite “jerarquizar la dimensión de lo vincular en la construcción de subjetividad (...) entender las distintas desorganizaciones somato psíquicas del bebé como formas defensivas que adopta el sufrimiento emocional. El Otro adulto, habitual garante de su desarrollo emocional, puede constituirse tanto en el principal facilitador, como en el más poderoso inhibidor de su desarrollo hacia la madurez y autonomía.” (Morici, pag.37, 2009).

A continuación, veremos de qué modo el psicoanálisis le ha otorgado gran importancia a la comprensión del vínculo temprano madre-bebé:

Lebovici (et. al., 1993) sostiene que el niño es un sujeto desde el inicio; un sujeto de goce y de sufrimiento desde los primeros meses de su gestación. Este niño necesita de un otro (asimétrico) que con sus acciones deje marcas en su estructuración psíquica. El vínculo temprano establecido con ese otro es necesario para el desarrollo psíquico del bebé. Es por ello que el autor considera de suma importancia tener en cuenta la naturaleza de los lazos interpersonales que unen al niño y su madre y el papel que las interacciones fantasmáticas

(aspectos infantiles inconscientes maternos) desempeñan en la elaboración de la vida mental del bebé.

Klaus y Kennel, (1978) también consideran que el vínculo temprano madre - bebé es crucial para la supervivencia y desarrollo del lactante. Plantean que es probable que el apego que la madre experimenta por su hijo sea el vínculo más sólido del ser humano. Este vínculo entre madre e hijo, es la fuente de donde emanan después todos los vínculos que habrá de entablar el niño y constituye la relación formadora en cuyo transcurso el niño adquiere noción de sí mismo.

Gutton (1983) propone que el bebé está inmerso desde sus comienzos, en una interacción con su medio, particularmente con su madre. Ella es objeto de los cuidados que buscan satisfacer las necesidades de su hijo, protegiéndolo del ambiente. Esto marca una dependencia absoluta en sus inicios. De a poco se van extendiendo las propias actividades libidinales del lactante, mientras se va conformando el cuerpo erógeno que se crea en el encuentro entre el cuerpo biológico y el cuerpo deseante de la madre.

Podemos definir, entonces, al vínculo temprano de la siguiente manera:

El vínculo temprano describe un proceso. Es un término descriptivo que implica a una madre en disposición afectuosa y sostenedora de su bebé adaptada a sus necesidades, que lo reconoce como un sujeto de inicio, tanto parte de sí misma como otro diferente. Ésta posición subjetiva de la madre devendrá subjetivante en el niño, ya que habilitará su proceso de maduración y su acceso hacia la independencia y armado de aparato psíquico; o, en el caso de fallas, lo inhabilitará. (Comunicación personal de Morici, 2012)

Gracias al aporte de los autores mencionados, puede afirmarse que queda incluida la dimensión de lo vincular en la constitución psíquica del bebé.

II. Vínculo madre – bebé

Varios psicoanalistas han destacado la importancia del vínculo que se establece entre el bebé y su madre, marcado por la calidad y cualidad de los cuidados maternos.

Dicha tendencia comenzó por Freud (1915), quien sostuvo que el primer vínculo libidinal viene de la ternura de los cuidados maternos.

Janin (1992), retoma éstas ideas freudianas, y también destaca la importancia de tener en cuenta que la realidad con la que se encuentra un niño no es sólo la insistencia de su propio pulsionar. Existe también la realidad psíquica de los otros y aquello que los otros le devuelven del mundo y de él mismo.

Morici (2009) propone que madre y bebé construyen una historia en común. El bebé aporta a la díada lo constitucional, la historia prenatal y su organización somato psíquica. La madre posee una estructura de personalidad y un determinado atravesamiento por el Edipo. A su vez, existen en ella las particularidades del deseo de hijo y la capacidad de sostén. Madre e hijo se encuentran inmersos en un entorno, cuyas cualidades también deben tenerse en cuenta. Estos elementos interactúan entre sí influyendo en la calidad del vínculo temprano.

Para comprender más acabadamente en qué consiste el encuentro entre el bebé y su madre, citaremos las palabras de Duhalde, Leibovich y Hoffmann (pag. 44, 1997): “El proceso de maternaje, a través del cual la madre, o quien ocupe su lugar, acompaña y propicia el crecimiento físico y psíquico del bebé, es un proceso modificador de ambos miembros de la díada, que en su interacción ejercen una influencia mutua y continua.”

Desde la perspectiva de varios autores, se pueden encontrar relaciones entre el desarrollo psíquico del bebé y las características emocionales y conductuales del cuidador. Las particularidades del vínculo dependerán de la interacción recíproca entre el bebé y su madre.

Spitz (1965) plantea que el desarrollo psíquico del bebé se relaciona con su vínculo con la madre, a través de los puntos de organización (sonrisa social, angustia del octavo mes, etc.). El bebé desarrolla una relación con su madre, constituyéndose paulatinamente en un objeto diferenciado y estable. Dicha relación madre - hijo es asimétrica, ya que la madre posee una individualidad estructurada y madura, mientras que el hijo posee una individualidad que se desplegará progresivamente. Madre e hijo se vinculan entre sí en una relación mutua y circular.

Bowlby (en Marrone, 2001) propone la existencia de una pulsión de apego en el bebé e identifica conductas de apego sucesivas: succión, abrazo, grito, sonrisa y tendencia a agarrarse e ir hacia. Sostiene que desde el comienzo, el individuo está comprometido

activamente en un contexto intersubjetivo que requiere respuestas recíprocas. El niño posee una tendencia a formar un vínculo fuerte y fundamental con la figura materna, cuya función es la supervivencia. La madre es la principal figura de apego. El apego determina la vinculación del bebé con su madre: si experimentan cuidados fiables y empáticos, los niños tienden a tener un apego seguro; si experimentan abandono, rechazo, abuso o cuidados inconsistentes, tienden a tener un apego inseguro (provocando alteraciones en las modalidades vinculares del niño con su entorno).

Aulagnier (1975) considera que el niño se encuentra en constante interacción con el mundo. En un primer momento, la psique del niño se encuentra con un espacio representado por su propio espacio corporal y por el espacio psíquico de los que lo rodean; privilegiadamente, el espacio psíquico materno. El doble encuentro con su cuerpo y las producciones de la psique materna proporcionará la primera representación que la psique del bebé se hará de sí misma.

Éste devenir de la subjetividad del niño es entendido por Aulagnier (1986) de la siguiente manera: El nacimiento de un bebé supone un encuentro entre el recién llegado y el conjunto de mandatos, expectativas, atribuciones y supuestos identificatorios que anticipan al niño en la trama familiar. En este encuentro, siempre habrá un grado de desencuentro debido a que el hijo jamás podrá cumplir con todo lo esperado.

Por su parte, Gutton (1976) considera que la relación con la madre es la única fuente posible de placer. La presencia de la madre se convierte en el equivalente del placer. Mediante la apertura de zonas erógenas, e investiduras y contrainvestiduras maternas se constituye el cuerpo erógeno. Cuando la madre no está, se desarrollan 2 tipos de actividades de placer que tienen el valor sustitutivo con relación a la madre: actividades auto eróticas (expresión corporal, sin mediatización de fantasmas) y actividades pre-lúdicas (permiten la simbolización). Éstas últimas se desarrollan dentro de las actividades de placer en la relación madre-hijo (chupeteo, sonrisa, balbuceo, juego de esconder-mostrar). Son actividades dirigidas a procurar al niño un placer que sustituya al placer que da la madre, en ausencia de ella.

Para que el psiquismo del bebé se desarrolle, Gutton (1976) sostiene que la madre debe estar presente, interesarse por los objetos con que juega su hijo y rodear su cuerpo de cuidados privilegiados. Toda interrupción prolongada de la relación entra la madre y el

bebé, provoca retoques profundos en la actividad pre-lúdica del niño (disminuye), como si éste no pudiese desplazar a los objetos del entorno el interés que tiene por su madre. Si hay una falla en la instalación de las actividades pre-lúdicas, se da un predominio de actividades autoeróticas (entorpeciendo el desarrollo de la simbolización en el infante).

Gutton (1983) a su vez plantea que el bebé tiene un doble compromiso: por un lado una intensa lucha de adecuación entre él y su ambiente (especialmente con la madre), y por otro una inadecuación, ya que el bebé ingresa en la historia conflictual de los padres. Es así como existe una secuencia escénica fantasmática (ver Cap. 4, apartado II).

Kreisler y Cramer también priorizan el análisis de las interacciones fantasmáticas en el vínculo temprano:

“El valor fantasmático de las interacciones puede detectarse a través de ciertos comportamientos de la madre y de su bebé. Se organiza a través de la construcción del niño imaginado y adquiere ya todo su desarrollo durante el embarazo. Pero dichos valores son también determinados por los fantasmas que connotan el deseo de maternidad. (...) El bebé es una figuración de los imagos parentales, puesto que los objetos internos creados por el niño son modulados por éstos últimos y, por tanto, por las producciones fantasmáticas de la madre.” (Kreisler y Cramer en Lebovici, et.al., pag. 99-101, 1989)

Lebovici (et.al., 1989) describe las diversas representaciones maternas que existen sobre el bebé, a partir de la influencia de aspectos conscientes e inconscientes, actuales e infantiles del psiquismo materno. Así se constituirá un bebé real, imaginario y fantasmático. El autor propone que la interacción fantasmática entre el niño y su madre es central en la evolución psíquica del niño. A partir del parto, hay un encuentro entre el bebé y su madre. El bebé crea a su madre, la hace madre. El niño participa en la organización psicológica de la madre, y ésta constituye un agente de la preelaboración psicológica del niño.

“La madre es investida y percibida (...) y la madre es creada por el bebé.” (Lebovici, et.al., pag. 74, 1989)

Winnicott (1969 b) también le otorga importancia a la reciprocidad del vínculo, cuando habla de la experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé. Ésta implica una comunicación entre dos personas (el bebé y la madre), una situación de alimentación mutua. La madre y el niño llegan de diferente forma a esta situación de mutualidad. La

madre fue un bebé que recibió cuidados y ha oído acerca de cómo se cuida a los niños. Ella puede identificarse con su bebé. En cambio el bebé, lo es por primera vez, nunca ha sido madre ni ha recibido instrucción. Posee tendencias innatas hacia el desarrollo y el crecimiento. Es por ello que es fundamental que la madre posea la capacidad para adaptarse a las necesidades de su hijo. La mutualidad en la experiencia, permite que la madre comunique su sostén confiable al bebé.

Retomando éste concepto de mutualidad, Morici (2009) plantea que el vínculo temprano (madre-bebé) implica la existencia de una díada que interactúa en una experiencia de mutualidad, en los comienzos de la existencia psíquica del bebé. Se establece un intercambio emocional de mutua necesidad entre la madre y el bebé. Dicho vínculo está marcado por la asimetría (adulto – niño). La madre se encuentra en una posición de poder sobre el niño. La relación con la madre es lo que le garantiza al bebé su desarrollo e ingreso a la cultura. Existe una alienación primaria del infante en la subjetividad materna. Luego, a partir de la función materna, se dará la separación y la desalienación.

Greenspan y Lieberman (en Lebovici, et.al., 1993) también proponen que debe tenerse en cuenta la reciprocidad en la interacción entre el lactante y su madre (y entorno en general). La noción de interacción permite tener en cuenta los efectos que el bebé ejerce sobre los padres, y su capacidad de influir en los cuidados que recibe. La calidad de la secuencia de interacción viene determinada no solo por lo que hace o dice la madre o por los comportamientos del lactante, sino también por el tipo de relación, por la naturaleza del vínculo dinámico existente entre sus señales y comunicaciones respectivas.

Puede pensarse, entonces, que la lactancia es una de las primeras situaciones interactivas. En ella se producen modalidades comunicacionales a través de la mirada mutua, un “diálogo tónico”, el holding, el contacto con la piel, el uso de la palabra y vocalizaciones y las experiencias olfativas y gustativas del bebé (Lebovici y Stoleru, en Lebovici et.al., 1993).

La adaptación recíproca de los dos miembros de la pareja madre-bebé, se expresa también según su dimensión temporal. Brazelton (en Lebovici, et. al., 1993) refiere que el bebé y su madre pasan por “ciclos interactivos” con alternancia entre fases de disponibilidad y de repliegue por parte del bebé. En los casos de interacción armoniosa, se observan los mismos caracteres cíclicos en la comunicación dirigida por la madre hacia el

bebé, con una sincronización entre los dos miembros de la pareja que parecen estar de verdad juntos. En el caso de sincronización deficiente, existe una disritmia.

Hemos descrito el vínculo temprano madre-bebé tal como es entendido desde el psicoanálisis, y de qué manera las vicisitudes de la dimensión vincular pueden ser determinantes para facilitar u obturar el desarrollo psíquico del lactante.

CAPÍTULO 2: EL BEBÉ

Luego de hacer una descripción de lo que el psicoanálisis entiende por el concepto de “vínculo temprano”, cabe preguntarse ¿qué es un bebé?

Debido a su neotenia, un bebé es un ser vulnerable, que requiere de los cuidados de otro para sobrevivir y desarrollarse psíquicamente (Spitz, 1965; Aulagnier, 1975; Freud, 1914; Lebovici, et.al., 1989; Winnicott, 1965). Ya que el bebé depende absolutamente de los cuidados maternos, es imposible concebir al bebé sin su madre (Winnicott, 1969 a).

I. Las capacidades del bebé - ¿qué trae el bebé consigo al mundo?

El bebé constituye un elemento de la díada. Posee ciertos factores congénitos que participan e influyen en el vínculo que el bebé establecerá con su madre:

El bebé posee una particular tendencia a reaccionar al displacer; predominando la excitación, la inhibición o ciclos de excitación-inhibición. También posee un umbral más o menos alto de resistencia a la agresión. Podrá poseer o no factores personales que favorezcan la mentalización. Podrá contar o no con la posibilidad de reaccionar ante la carencia estimulando sus zonas erógenas, dependiendo de factores constitucionales. La vivencia del entorno, dependerá de la dotación individual de cada niño. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

El recién nacido posee un equipo de comunicación (visual, auditivo y olfativo) y aptitudes para imitar y amoldarse a la voz y mímica de su madre. Está dotado de iniciativa y capacidad para participar activamente de los intercambios con el entorno. Posee la competencia para percibir señales, reaccionar a ellas y provocar la comunicación. (Kreisler, 1983)

Stern propone que “...los bebés tienen estados de inactividad alerta donde observan acontecimientos externos. Los infantes están capacitados para realizar una transferencia de información transmodal entre los diferentes sentidos. Se vivencian como cualidades perceptuales globales.” (Huberman de Chiappini, C. y Rodríguez de Miyares, A., p.267, 1997)

Spitz (1965) considera que el neonato es un organismo psicológicamente indiferenciado, con un equipo congénito constituido por el ADN, las influencias de la gestación y el parto.

Huberman y Rodriguez (1997) consideran que los recién nacidos utilizan los distintos estados para controlar tensiones endógenas o exógenas, y así poder organizar sus vivencias. Estos estados comunican a la madre una impresión sobre la experiencia afectiva vivenciada por el recién nacido. Son mecanismos de regulación primitiva.

“El recién nacido viene programado para “agarrarse” al objeto humano. Desde su nacimiento es un verdadero compañero que interactúa con su entorno social.” (Porte, en Lebovici, et.al., pag. 185, 1993)

Doltó (1984) sostiene que el bebé es un sujeto desde el comienzo, ya inmerso en la palabra. Es un ser sensible a lo social y relacional. Está dispuesto al encuentro con el otro.

Winnicott (1965) considera que cada niño nace con un yo incipiente, que irá adquiriendo funciones que complejizarán al yo. El desarrollo del bebé tiende hacia la integración de la personalidad y la independencia. Es un proceso cronológico que lleva a asumirse como ser vivo. El niño pequeño solamente es completo en la medida en que existe su madre, y la manera de ser de ella es esencial para su desarrollo.

Podemos definir, entonces, al bebé de la siguiente manera:

El bebé es una organización somato psíquica: posee un bagaje constitucional y una carga genética, una historia prenatal. Puede tener mayor o menor grado de vulnerabilidad somática, tolerancia a la frustración, actividad, demanda y ansiedad. Tiene capacidades para: experimentar y aprender de la experiencia, tolerar la frustración, desarrollarse hacia la autonomía y la madurez emocional, reconocer al otro y establecer relaciones interpersonales rudimentarias. (Morici, 2009)

II. ¿Se puede pensar al bebé sin su madre?

Morici (2009) propone que, debido a que el lactante nace en un estado de neotenia somato psíquica, requiere del sostén afectivo y limitante de un otro maduro para crecer y desarrollarse.

Lebovici, (et.al., 1989) también considera que el desamparo inicial de recién nacido hace que sea completamente dependiente de los cuidados maternos, con los que constituye una unidad (estado del narcisismo inicial).

Freud (1914) sostiene que la evolución del estado del narcisismo primario de los individuos depende de los cuidados indispensables de otros.

“El recién nacido o el lactante, inmaduro, muere si llega a faltarle la madre. Ésta debe mediar en las relaciones de aquél con el mundo, llenar sus necesidades y administrar a este organismo impotente, cumpliendo por él ciertas funciones vitales imprescindibles.” (Soulé, en Kreisler, et.al., pag. 140, 1977)

Janin (2011) propone que el bebé nace con ciertos ritmos biológicos, ciertas secuencias de hambre y de sueño; pero para que se constituyan los ritmos psíquicos, debe darse en el vínculo con el otro (en el entrecruzamiento entre los ritmos de la madre y el bebé). Pero debe tenerse en cuenta que el bebé registra los afectos maternos, sin poder diferenciarlos de los propios. Vive el amor materno como fusión con el otro, y el rechazo materno como un rechazo a sí mismo.

Spitz, Bowlby y Winnicott plantean que la presencia real y activa de un otro maduro e integrado, es necesaria para que el aparato psíquico inmaduro del infante humano devenga en maduro e integrado. (Morici, 2009)

Spitz (1965) sostiene que para el neonato el medio consiste de una sola persona: la madre (o su sustituto). Ésta aún no es percibida por él como una persona distinta, sino que es parte de las necesidades. Las relaciones recíprocas entre madre e hijo garantizan la supervivencia y permiten el desarrollo psíquico y somático del bebé. Se forma una díada, una relación complementaria. La madre desempeña un papel vital en el surgimiento y despliegue de la conciencia del infante. Durante el primer año de vida el lactante está desamparado y no puede sobrevivir sin los cuidados de su madre. Las potencialidades del infante se irán desarrollando, permitiendo que se vaya haciendo independiente del medio.

Bowlby (en Marrone, 2001) considera que el vínculo de apego entre la madre y el bebé es fundamental para la supervivencia del infante. De la cualidad de este vínculo, dependerán los ulteriores vínculos que establezca con su entorno.

Winnicott (1969 a) plantea la imposibilidad de diferenciar al infans de su ambiente sostenedor maternizado en el tiempo de holding primordial. “Eso que llaman bebé no existe!”, dice él. El bebé no existe como individuo, sino con su madre. La importancia del ambiente para el lactante cuando la dependencia es casi absoluta es tal, que no se puede describir al lactante sin describir al ambiente.

“Un infante es un infante cuidado, un ser dependiente, absolutamente dependiente al principio, y no es posible hablar del infante sin hablar al mismo tiempo de la madre y del cuidado del infante.” (Winnicott, p. 306, 1965)

Siguiendo en una línea similar, Sami Ali (en Rodulfo, 1989) propone el concepto de espacio de inclusiones recíprocas. Es el espacio del narcisismo en el que el niño incluye a la madre, que está a su vez incluida en el niño (lógica del proceso primario). No hay temporalidad ni contradicción, hay simultaneidad. No puede pensarse al bebé sin su madre, ni a la madre sin él.

Nuestra pregunta queda respondida. Madre y bebé, en la etapa temprana del vínculo, constituyen una díada, una unidad relacional en la que no puede concebirse a un miembro sin el otro.

III. Las diversas representaciones de bebé

Según Lebovici (et.al., 1989) existen diversas representaciones maternas de hijo:

El bebé imaginario: es el bebé del deseo de embarazo y de niño. Es el que la madre imagina durante el embarazo, producto de fantasías preconscientes. Expresa lo que la unión de la madre con el progenitor del bebé permite proyectar en el futuro y temer en lo inmediato. Su existencia implica que la madre ha logrado la represión secundaria post edípica adecuadamente. Es el fruto de la planificación del embarazo rodeado de un gran valor narcisístico. Está vinculado con las ilusiones. Da lugar al nombre.

El bebé real: es el bebé indefenso, tal como se presenta con todas sus particularidades. Es el niño que posee competencias precoces y entra en interacción con la madre. Es el que los padres tienen en sus brazos, que está sumido en su crítica indefensión.

El pasaje del hijo imaginario al bebé de la realidad, se logra a partir de que la imagen preconcebida del niño se va articulando con el soporte de la realidad.

El bebé fantasmático: es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen en la infancia, en donde se involucran los conflictos edípicos y pre-edípicos de la madre. Implica la relación de la madre con sus imagos. La imagen inconsciente del bebé es originada alrededor de los conflictos infantiles de la madre.

Morici (2009) agrega la noción de *bebé mítico*. Es el bebé cargado de todas las referencias culturales. A través de los cuidados aportados al bebé, sus padres introducirán su cultura.

Se ha tomado el caso de una madre cuyo motivo de consulta se encuentra ligado a su maternidad, ya que de este modo podemos contar con el discurso asociado a lo vivenciado durante el embarazo y vínculo temprano madre – bebé.

Brenda tiene 33 años. Está casada y tienen un hijo de 3 años llamado Leopoldo. Ella llega a la consulta diciendo: “Estoy esperando a mi segundo hijo”. Está embarazada de 5 meses de una nena (Blanca). Manifiesta temor de que le vuelva a suceder lo mismo que con Leopoldo. “Tuve una depresión pos-parto severa; estuve con psicólogo y psiquiatra. Empecé a tener miedo a estar sola con el chico; no podía manejar las cosas. A mi hijo lo sentía como un peso. No me podía levantar a atenderlo. Yo no podía pedir ayuda a nadie. No quería que mi marido se fuera a trabajar. Me agarraban ataques de pánico. Con mi marido siempre me sentí muy segura. Me hice muy dependiente de él. Tengo miedo de perderlo. Me siento como una nena que está esperando que me digan qué hacer. Yo siento inseguridad. Quiero satisfacer a mi marido. No discuto con él por miedo de perderlo. Desde que fui mamá me agarró esa inseguridad. Siento culpa porque en ese momento fallé como mamá, como mujer.”

“Hice terapia cuando nació Leopoldo. Empecé a trabajar cosas de mi mamá y caí en un pozo. Estoy muy enojada con mi familia. Tengo muchas cosas que reprocharle. Siempre delegué necesidades mías para cumplir con otras cosas.

Desde que yo era chica, mi vieja estaba enferma. Cuando tenía 10 años se enfermó de Parkinson. Nunca se habló del tema. Tengo psoriasis desde esa edad. Mis hermanos (varios años mayores) se evaporaron. Yo pasé a ser la mamá. Lo tuve como un deber. Mi mamá fue muy egoísta y me absorbió, me chupó. Nunca sentí la contención por el lado de mi familia, y la busqué en mi marido y mis amigas. Cuando lo tuve a Leopoldo lo veía tan indefenso y me hacía acordar a mi vieja. Era un ser que depende totalmente de mí.”

El bebé imaginario se fue gestando a lo largo del embarazo a partir de fantasías preconscientes. Brenda cuenta que le cantaba canciones, soñaba cómo iba a ser, imaginaba su llegada con gran entusiasmo y alegría. Este bebé imaginario fue construido muy fuertemente desde Brenda, excluyendo a su marido notablemente. El deseo de hijo era fuertemente de ella, y tuvo que convencer a su marido para que accediera. Ella eligió el nombre sin consultarle. Era un hijo para ella.

En este caso, el bebé real, es el que se le impuso a Brenda con todas sus necesidades, su dependencia absoluta de los cuidados del otro para poder subsistir. Este bebé indefenso, con todas sus particularidades, impactó a su madre por su vulnerabilidad.

Veamos como esto afectó la constitución del vínculo temprano, teniendo en cuenta también la imagen inconsciente del bebé (que es originada alrededor de los conflictos infantiles de la madre). El nacimiento de Leopoldo remitió a Brenda a los conflictos surgidos en su infancia, dando lugar a la representación de su hijo como el bebé fantasmático. Al depender de la relación de la madre con sus imagos, se construye a partir de las vivencias que Brenda tuvo con su madre y sus cuidados, y la desprotección que ella vivió al sentir que nadie cuidaba de ella. La indefensión y necesidad de cuidados de su hijo la angustian tanto, ya que la remontan a los cuidados que ella debía brindarle a su madre y que eran determinantes para su supervivencia (ella era la encargada de darle su medicación, por ejemplo).

Hay una alienación inicial (Doltó, 1971) de Leopoldo, ya que inconscientemente la madre ve a su hijo como un ser desvalido equivalente a su madre enferma. Significa al niño desde un lugar alienado por su propia historia.

Por otra parte, al tener una relación tan estrecha (casi simbiótica) con su madre, ella vive a sus hijos como propios, no como de ella y su marido. Así también, ha sentido que son pura y exclusiva responsabilidad de ella, con el consiguiente sentimiento de culpa al pedir ayuda a su marido para el cuidado de su hijo.

El bebé mítico (Morici, 2009) se constituye a partir de representaciones culturales que en este caso se refieren al rol de la mujer y a lo esperado de ella en la maternidad. La influencia cultural deja su impronta en el psiquismo de Brenda, ya que ella considera que como madre es su responsabilidad cuidar de sus hijos. Ella a su vez se siente en la obligación de mantener la casa limpia y ordenada y complacer a su marido. Siente culpa si solicita ayuda por no poder cumplir con ciertos mandatos sociales que ella ha incorporado. (“*Siento culpa porque en ese momento fallé como mamá, como mujer.*”)

Brenda se refiere a su embarazo actual con gran angustia: “Mi marido no está contento con el embarazo. En los primeros tiempos ni me hablaba. Tenía odio hacia mí. Me echó la culpa. Me siento sola. Es violento conmigo. Me equivoqué de personaje para formar mi familia. Yo no me puedo conectar con el embarazo. No me puedo conectar con ella (Blanca), me cuesta. Estoy negada a sentir que ella está ahí. Pero se empezó a mover y dije dale, aflojá.”

Actualmente la madre no puede incluir a sus hijos en su discurso, no opera la función simbolizadora porque se encuentra muy angustiada por los conflictos de pareja. Hay una falla en el sostén de su entorno, que le permita sentirse contenida. Esto se observa en el hecho de que no puede hablar de su hijo y embarazo mientras el conflicto de pareja sigue presente. Dice que no se puede conectar con su embarazo.

Falla la preocupación maternal primaria (Winnicott, 1965) por falta de sostén del padre y el entorno en general (ya que tampoco recibe apoyo de su familia de origen). Se obtura la representación materna del bebé imaginario, debido a los conflictos actuales. La madre no puede crear representaciones preconscientes, fantasías, acerca de su bebé que vendrá.

A partir de lo trabajado en su análisis, Brenda comienza a sentirse sostenida, comprendida y logra mejorar su relación de pareja. Pudo comprender que los cuidados que

requiere un bebé no son eternos, sino que a medida que el niño crece, la dependencia de la madre va disminuyendo. A partir de ello, logró diferenciar esta escena con los cuidados de su madre enferma. Se trabajó sobre los mandatos culturales y la posibilidad de que ella pudiera pedir ayuda. También pudo comenzar a incluir a su marido como padre de sus hijos, dándole un lugar y animándolo a que participe de los momentos con sus hijos.

A partir de todo lo trabajado en su análisis comienza a hablar de su embarazo, le escribe un pequeño libro a su beba, se toca la panza en sus sesiones y comienza a armar fantasías acerca de la niña que vendrá. Se emocionó mucho con una ecografía y el poder escuchar el latido de su corazón. A pocas semanas de la fecha para el parto, dice sentir gran ansiedad y deseos por conocerla. Pudo prepararle su cuarto y soñar con la hija que está por llegar.

IV. Desarrollo psíquico del bebé

El desarrollo psíquico implica que el bebé adquiere ciertos logros que le permiten mayor autonomía y comprensión de la realidad. Desde distintos autores el desarrollo psíquico del bebé se describe de diferentes maneras:

- La maduración del infante entendida en términos de formación de un self autónomo, integrado y en asociación psicósomática (Winnicott, 1970 y 1965);
- El acceso a lo simbólico y el uso del lenguaje (Dolto, 1984; Aulagnier, 1975),
- Los puntos de organización psíquicos (Spitz, 1965),
- Salida de la unidad narcisista primaria (Guttmann, 1983),
- Adquisición de envoltura psíquica autónoma (Bick, en Huberman y Rodriguez, 1997).

D. Stern “Comparte algunos aspectos con la teoría psicoanalítica y la teoría del apego y se diferencia de ellos en cuanto al principio organizador que se refiere al sentido subjetivo de sí mismo, su progresión evolutiva y las nuevas conductas y capacidades que se organizan complejizándose”. (Huberman de Chiappini, C. y Rodriguez de Miyares, A., p. 265, 1997)

A continuación, tomaremos los aportes de este autor, para enriquecer nuestro entendimiento acerca de los logros y evolución del infante en el primer año de vida.

Stern sostiene que, entre el nacimiento y los dos meses de vida, emerge el sí mismo; un sentido del mundo que relaciona activamente diversas experiencias. La integración de experiencias se da, en parte de manera innata y en parte es algo aprendido. El sí mismo físico es "...experimentado como una entidad coherente, volitiva con historia y vida afectiva única, es un sí mismo experiencial." (Huberman de Chiappini, C. y Rodríguez de Miyares, A., p. 265 -266, 1997)

Luego, entre los dos y seis meses, los infantes se sienten físicamente separados. "...un sentido del sí mismo nuclear se apoya en las capacidades interpersonales y comienza a funcionar así el mundo social subjetivo con un dominio de relacionamiento nuclear". (Stern en Huberman de Chiappini, C. y Rodríguez de Miyares, A., p. 266, 1997)

Entre el séptimo y noveno mes se da un logro importante, ya que el infante se da cuenta que existen otras mentes afuera además de la suya. Descubre que ese otro posee sentimientos, motivos e intenciones. El infante comienza a entrar en el dominio del relacionamiento intersubjetivo. "Comprende así los estados mentales de otras personas, pueden compartir el mismo estado, mal interpretarlo o captarlo correctamente." (Stern en Huberman de Chiappini, C. y Rodríguez de Miyares, A., p. 266, 1997)

Stern pone el foco en el sentido del sí mismo en los encuentros interpersonales. La fusión, el apego y las ansiedades, son rasgos que se despliegan en cada dominio de relacionamiento. "El infante está dotado de capacidades observables que maduran, se organizan. Estos dominios de relacionamiento son formas de experiencia social que permanecen durante toda la vida." (Huberman de Chiappini, C. y Rodríguez de Miyares, A., p.267, 1997)

A continuación, tomaremos los aportes de Silvia Bleichmar, para profundizar nuestra comprensión acerca del desarrollo psíquico del infante:

Bleichmar (1988) al describir el desarrollo psíquico del niño, sostiene que se debe considerar al niño como un sujeto en estructuración, ya que su aparato psíquico es concebido como "aparato en estructuración". El niño es pensado en tiempos de estructuración subjetiva y los síntomas en el niño se vinculan a estos tiempos, y con las vicisitudes de esta estructuración.

Define la categoría infancia como "tiempo de estructuración del aparato psíquico". Los tiempos de la infancia son entendidos como tiempos estructurantes y no evolutivos. Cada tiempo de fundación de instancias resignifica los tiempos anteriores, y los momentos son cualitativamente

diferentes. La infancia es el tiempo de instauración de la sexualidad humana y de la constitución de los movimientos que organizan sus destinos en el interior del aparato psíquico. Éste, a su vez, está abierto a nuevas resignificaciones y se encuentra en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización. (Bleichmar, 1991)

Bleichmar (1988) identifica movimientos constitutivos estructurantes del aparato psíquico, tales como la represión originaria, la represión primaria y la represión secundaria:

La represión originaria constituye un clivaje del aparato psíquico que diferencia proceso psíquico primario y el secundario (correlativo a la formación del Yo). La represión originaria es el movimiento fundante del clivaje que da origen al inconsciente. También existen precursores de los primeros movimientos defensivos, (transformación en lo contrario y vuelta a la persona propia) que son estructurantes. (Bleichmar, 1998)

La represión primaria sepulta los significantes y los ubica en un lugar del psiquismo apartado de las otras representaciones. Lo que se reprime es un representante de la pulsión. La represión primaria es un tiempo de estructuración fundamental que divide al psiquismo en dos zonas: una que el niño conoce y otra que no. La represión secundaria es un segundo tiempo de la represión que se da en la etapa edípica, y trabaja con las mociones edípicas, mientras que la primaria trabaja con los representantes originales de la pulsión. (Bleichmar, 2000)

El inconsciente no existe desde los orígenes, sino que es establecido por la fundación en la cual la represión originaria ocupa un lugar central. La fundación del inconsciente se estructura por relación al preconscious-consciente. Este primer periodo está caracterizado por el origen de las pulsiones y al mismo tiempo por la búsqueda de destinos para esa emergencia pulsional. Las emergencias pulsionales son el motor de lo psíquico y los destinos van a estructurar el aparato psíquico. (Bleichmar, 1991)

Entonces, desde la perspectiva de Bleichmar (1991), se puede pensar la infancia como tiempo de estructuración de lo originario. A partir de su historia previa y experiencias pregnantes, el niño constituye los modos libidinales de enlace con objetos primordiales. En la infancia, durante los tiempos de fundación, surgen transformaciones estructurales del aparato psíquico infantil.

V. La psicopatología del bebé

Los trastornos funcionales del lactante deben ser comprendidos dentro de la relación madre-hijo, debido a que son producidos por un disfuncionamiento en el seno de esta díada

(Soulé, en Kreisler, et.al., 1977; Gutton, 1983; Kreisler, en Lebovici, et.al. 1993; Spitz, 1965).

Para Soulé (en Kreisler, et.al., 1977), en los primeros meses de vida del niño, lo psicológico emerge de lo fisiológico. Los trastornos funcionales del lactante deben ser comprendidos dentro de la relación madre-hijo. Son una manifestación simple, un síntoma o un síndrome debido a un disfuncionamiento de la díada.

“Cada trastorno funcional del lactante aparece como un síntoma que revela una enfermedad o un síndrome producido por un disfuncionamiento en el seno de una entidad más compleja: la díada, estructurada progresivamente por la relación madre-hijo.” (Soulé, en Kreisler, et. al., pag. 26, 1977)

El bebé es una organización somato-psíquica. Frente a excesos vinculares y modalidades disfuncionales en el vínculo, el bebé reacciona a partir de una desorganización psicósomática; mientras que los niños post edípicos estarán habilitados, por la madurez de sus recursos psíquicos, a desarrollar organizaciones defensivas de mayor complejidad. (Morici, 2009)

A continuación ilustraremos mediante un caso cómo la psicopatología del lactante y las posteriores alteraciones en la infancia pueden entenderse a partir de la perspectiva vincular:

Lucila tiene 6 años. Los padres consultan porque: “cuesta ponerle límites, no acepta lo que le da el otro, siempre trata de imponerse y salirse con la suya. Patea, hace berrinches cuando las cosas no son como ella quiere. Se enoja en la escuela y grita, pega y patea; no cuenta lo que le pasa y continúa mal todo el día”. La madre dice que cuando Luli se “chifla” ella se saca y no la aguanta más. Sin embargo, considera que le falta contención después del berrinche.

La niña se rige por el principio de placer y tiene incapacidad para soportar la frustración. No acepta normas comunes a todos ya que el mundo tiene que ser a su medida. El imponerse, supone un no reconocimiento del otro. Siente furia porque no puede controlar al otro. (Donzino, G., comunicación personal, 2010)

Si nos adentramos en la historia de Lucila, veremos cómo la dificultad para procesar excesos pulsionales se registra desde el primer año de vida. La dificultad que

tuvo la madre para contener los desbordes de la niña se originan en esos primeros tiempos.

Cuando la niña tenía 6 meses estuvo internada unos días por presentar convulsiones. A los 11 meses la destetaron porque fue internada nuevamente por presentar varias convulsiones. Al año le diagnostican “convulsiones benignas del lactante”, sin secuelas neurológicas. Los padres decían que cuando se enojaba tenía una convulsión y había que evitar que se pusiera nerviosa.

En la niña existió siempre el predominio de una descarga motriz directa. El Yo no logra frenar la excitación. Algo falló en la función alfa materna (Bion, 1969 – ir al capítulo 3, apartado IX) que no permitió elaborar los estímulos excesivos y la dejó sin filtro. Al no poder elaborar las excitaciones de manera preconsciente, no logra hacer uso de la palabra y pasa a la acción sin mediación del pensamiento. Algo falla en la diferenciación yo - no yo. Sostiene un fantasma de omnipotencia que, cuando es confrontado por la realidad, provoca ira (Donzino, G., comunicación personal, 2010). Su pataleo y furia muestran lo que ella no puede y surge la ira narcisista.

Estas fallas se dieron en el seno del vínculo temprano, en el que debe promoverse la caída de la omnipotencia, la aceptación de la realidad, y la paulatina diferenciación yo – no yo con la consiguiente separación de la unidad narcisista primaria. El rechazo que manifiesta la madre por estas actitudes de su hija también marca en ella la existencia de una dificultad para contener los desbordes de Lucila y favorecer su elaboración.

Durante la segunda sesión dice: “En sala de 5 antes, a veces hacíamos dibujos con plasticola y después lo doblábamos al medio. Quedan los dos lados igual.” Dibuja una nena. “Esta chica es muy grande. Está volviendo de la escuela. Está en primer grado, eh... primer año.” La analista le pregunta si extraña lo que hacía cuando era más chica o si le gusta ser grande. “Un poquito de las dos.” Hablan de que en la primaria hay muchas reglas distintas a las de jardín de infantes.

Hay un tiempo que ella añora del pasado, donde hay algo de lo especular (Donzino, G., comunicación personal, 2010). Es la añoranza de poder hacer coincidir el mundo interno y externo. Lucila quisiera volver a la etapa temprana en la que el vínculo con su madre era fusionado y el mundo externo no existía como tal, debido a que en esa época es dónde surgió la falla en la separación de la díada.

CAPÍTULO 3: LA FUNCIÓN MATERNA

“Un alumbramiento dura sólo algunas horas y precede a otro, que será mucho más prolongado; el de la subjetividad. Este último parece ser que se confía al cuidado del amor materno”

G Pommier

Luego de haber descrito al bebé, pasaremos a pensar en el otro integrante de la díada, la madre, y las funciones que ésta ejerce. Nos preguntamos, entonces, ¿qué caracteriza la función materna? Es la función que ejerce la madre (o un sustituto), necesaria para favorecer el desarrollo psíquico del bebé.

Desde distintas perspectivas psicoanalíticas, se describe la función materna en términos de: sostén y empatía (Winnicott, 1971 y 1965, Morici, 2009), protección contra estímulos (Gutton, 1983; Freud, 1920; Aulagnier, 1975; Bion, 1980), lenguaje (Doltó, 1984; Aulagnier, 1975), amor maternal (Morici, 2009), cuidados maternos (Gutton, 1983; Lebovici, et.al., 1989), función continente (Bick en Huberman y Rodriguez, 1997) y apuntalamiento (Kreisler, et.al., 1977). A continuación profundizaremos sobre estas ideas.

I. ¿Qué entendemos por el concepto de madre?

Nos proponemos, inicialmente, desterrar la idea de que la madre ejerce sus funciones como consecuencia de un instinto natural que proviene del mero hecho de procrear.

Badinter (1991) propone desnaturalizar el concepto de “amor o instinto maternal”, a través de un recorrido histórico de las actitudes maternas desde el siglo XVII al XX. Sostiene que recién a partir del siglo XX se observa un cambio gradual en las actitudes maternas: comienzan a dar el pecho, a promover la higiene del bebé, y a pasar mucho tiempo con su hijo; y la muerte del niño comienza a vivirse con gran dolor. Concluye que no existe un comportamiento maternal unificado y universal que justifique el concepto de “instinto” maternal.

Kristeva (2005), al referirse a la maternidad en la actualidad, elabora el concepto de pasión maternal. Sostiene que la función maternal no es un instinto; es más precisamente una pasión vinculada a lo intenso que es la experiencia de la maternidad. Las emociones que vivencia la madre (ternura y agresión) se transforman en amor, haciendo que el odio se reduzca en mayor o menor medida. La pasión maternal trae implícita la continua sublimación, transformando impulsos sexuales en ternura hacia el bebé. Durante el embarazo, la pasión que siente la madre es interna y, con el nacimiento, la pasión se dirige al bebé. Así, provee a su hijo un soporte psíquico vital. Con el tiempo opera el retiro de la pasión maternal. La madre se posiciona como un ser diferenciado a su bebé, permitiendo que éste adquiera autonomía.

Aulagnier (1975) entiende que en una madre “normal o sana” deberían encontrarse las siguientes características: una represión exitosa de la sexualidad infantil, sentimiento de amor hacia el niño y un acuerdo esencial con lo que el discurso cultural dice acerca de la función materna.

De lo expuesto se desprende la noción de que una madre no es madre por el sólo hecho de tener un hijo. No responde a un instinto natural en la mujer. La maternidad implica muchos aspectos, entre los cuales el psiquismo materno juega un papel central.

A continuación desarrollaremos las principales teorizaciones psicoanalíticas acerca de las funciones que la madre debe ejercer necesariamente, para promover el desarrollo psíquico de su bebé.

II. Los comportamientos maternos

Una de las formas de analizar calidad de la función materna, es mediante la observación de los comportamientos de una madre en interacción con su bebé.

Greenspan y Lieberman (en Lebovici, et.al., pag. 206, 1993) distinguen tres tipos de comportamientos o señales de la madre:

1. Aquellos que están en relación con los del lactante y parecen corresponder a los deseos o necesidades expresadas por el bebé (por ejemplo, el bebé tiende los brazos hacia su madre y ésta lo coge).

2. Respuestas que se relacionan con el comportamiento del bebé pero que contradicen los deseos o necesidades que expresa el bebé (por ejemplo, el bebé extiende los brazos y la madre se aleja).
3. Respuestas que parecen no tener relación con el comportamiento del bebé (por ejemplo, el bebé llora y la madre mira fijamente el vacío).

La utilización de estas categorías permite precisar el tipo de lazos que existen en el interior de las cadenas interactivas.

III. La perspectiva de Winnicott

La bebología de Winnicott (1969a) comienza por la madre. Él plantea la hipótesis de la instancia materna, ya que la madre lleva el devenir del potencial del bebé. En sus comienzos el individuo no constituye una unidad; la unidad es la estructura individuo-ambiente. La madre forma parte del ambiente del bebé y constituye su elemento principal. Ella ofrece sostén físico y crea la dulzura envolvente de un ambiente tranquilizador.

Winnicott entiende que, para que la función materna sea ejercida satisfactoriamente, la madre debe encontrarse en un estado de preocupación maternal primaria (Winnicott, 1965), para poder cumplir el papel de espejo y lograr articular la satisfacción de las necesidades pulsionales, con el cumplimiento de las necesidades yoicas del bebé (Winnicott, 1971). Una madre que logre esto, será para él, una “madre suficientemente buena”. A continuación desarrollaremos estas ideas, centrales en su obra.

Se define a la preocupación materna primaria (Winnicott, 1965) como una enfermedad normal de la madre que se caracteriza por una hipersensibilidad a su hijo y resulta necesaria para que el bebé pueda ser objeto de cuidados específicos.

La madre también cumple el papel de espejo (Winnicott, 1971): Cuando el bebé mira el rostro de la madre, se ve a sí mismo. La madre mira al bebé y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él. El niño busca encontrarse a sí mismo reflejado en el rostro de la madre, encontrando así, una aperccepción. Ella le devuelve al niño lo que ha traído, permitiendo que con el tiempo pueda encontrar su persona, existir y sentirse real.

“Esencialmente, el self se reconoce a sí mismo en los ojos y la expresión del rostro de la madre, y en el espejo que puede llegar a representar el rostro de la madre.” (Winnicott, pag. 323, 1970)

Winnicott (1971) elabora la noción de la madre suficientemente buena. Ella satisface la omnipotencia del infante y reconoce su gesto espontáneo. Le da vida al self verdadero del bebé. La madre suficientemente buena deberá cumplir dos funciones diversas, pero que tendrán que estar articuladas entre sí. Winnicott las describe mediante el concepto de madre de la pulsión y madre medioambiente:

a) La madre de la pulsión, satisface la pulsión (los deseos) del bebé. La madre es o detenta el objeto parcial para satisfacer las pulsiones apremiantes. Busca satisfacer al ello del niño. Esta madre se ocupa de la satisfacción de las pulsiones de su hijo, brindándole mimos y caricias y dándole los gustos. Satisface las necesidades pulsionales de su hijo, dándole lo que él desea (ello). (Winnicott, 1971)

b) La madre medioambiente satisface las necesidades del yo mediante las funciones de holding, handling y presentación del objeto. Se asegura de eliminar lo imprevisible y proveer los cuidados manuales. Es la que permite que el niño logre su maduración. Esto es de vital importancia para el desarrollo psíquico del bebé ya que en el comienzo, éste se encuentra en un estado de dependencia absoluta del ambiente. Logra salir de esta fase a partir de la integración, la personalización y la relación de objeto, posibilitado por la madre mediante sus funciones. (Winnicott, 1971)

Esta distinción conceptual que realiza Winnicott, entre una madre de la pulsión y una madre medioambiente, es de crucial importancia para comprender las fallas que se dan en la función materna cuando una existe sin la otra:

Cuando hay una prevalencia de la madre de la pulsión, sin su articulación con la madre medioambiente, no hay sostén para el bebé. Esto indica una falla en el holding. La madre real, al solo satisfacer las pulsiones del niño, lo erotiza ignorando las necesidades del yo. (Comunicación personal de Morici, 2012)

Por otro lado cuando, en los cuidados maternos, prevalece la atención sobre las necesidades del yo, sin libidinización del cuerpo del niño, los cuidados maternos resultan operatorios. (Winnicott, 1971)

El desarrollo del bebé depende de la función materna. En este caso desarrollaremos las funciones que deberá ejercer la madre al atender a las necesidades físicas de su bebé (función ambiental, madre medioambiente):

1. *La integración* en el tiempo y en el espacio se logra mediante la función ambiental del sostén (holding). Tiende al establecimiento de un self unitario, logrando una unidad, basada en la pauta de una continuidad del “seguir siendo”. (Winnicott, 1965)

“Primero aparece el <<yo>>, que incluye <<todo lo otro no es yo>>. Después viene <<yo soy, yo existo, yo recojo experiencias, me enriquezco y tengo una interacción introyectiva y proyectiva con el no-yo, como mundo real de la realidad compartida>>. Se suma lo siguiente: <<alguien me ve o comprende que yo existo>>. Y después: <<me es devuelta (como un rostro visto en un espejo) la prueba que necesito que he sido reconocido como un ser>>.”
(Winnicott, p. 80, 1965)

2. El yo inicia las *relaciones objetales* mediante la provisión ambiental de la presentación del objeto, de modo que el bebé cree el objeto. Esto no implica proporcionarle satisfacciones sino permitirle que encuentre y concuerde con el objeto. La madre suficientemente buena permite al bebé crearse la ilusión de que crea el pecho y que éste es parte del él y se encuentra bajo su dominio mágico. El objeto es un objeto subjetivo, creado y encontrado. El niño y el objeto se encuentran fusionados. Luego la madre debe desilusionar al bebé gradualmente. La formación de un ambiente lo bastante bueno en las primeras etapas permite que el individuo haga frente al inmenso golpe de la pérdida de la omnipotencia. El objeto es repudiado, re aceptado y percibido en forma objetiva. El objeto ha sobrevivido a sus numerosos ataques. Así, cae la omnipotencia y la hipótesis que sostiene el niño de que puede destruir al objeto. Finalmente permite la superposición de dos zonas de juego y disfruta de ella. Queda allanado el camino para jugar juntos en una relación. (Winnicott, 1971)

Spitz (1965) parece coincidir con esta idea de que la frustración inevitable que conlleva el contacto con la realidad, es fundamental para el desarrollo psíquico del bebé. Sostiene que, para el bienestar del infante se requiere la frustración. Ésta podrá surgir, por ejemplo, al lograr la comprobación de la realidad, la cual es de vital importancia para el yo. Sin el displacer provocado por una frustración, no es posible el desarrollo del yo.

3. Mediante la manipulación (handling) activa y adaptativa de la madre, el niño logra una asociación psicosomática (*personalización*). El bebé empieza a estar vinculado con el cuerpo y las funciones corporales, con la piel como membrana limitadora. El niño llega al sentimiento de ser una persona total; surge la diferenciación yo, no-yo y el esquema corporal. (Winnicott, 1965)

Para resumir el proceso de desarrollo del bebé, posibilitado por una adecuada función materna, tomaremos la siguiente cita del autor:

“La personalidad del infante logra algún grado de integración, primero bajo la protección del yo auxiliar (la adaptación de la madre) y con el tiempo como un logro se sostiene por sí mismo. (...) El infante también adquiere capacidad para relacionarse con objetos, pasa a habitar su propio cuerpo y su propio funcionamiento corporal, experimenta un sentimiento de “yo soy”, y se prepara para enfrentar a todo lo que llegue”. (Winnicott, p. 313, 1965).

IV. Los aportes de Gutton

Gutton (1983) considera que el modo de funcionamiento del lactante, que todavía no diferencia mundo exterior de interior, es el de una “indiferenciación” perceptivo motora con su madre. Propone que se establece entre ambos una unidad simbiótica, denominada unidad narcisista primaria. El desarrollo del cuerpo erógeno del niño de a poco se va apuntalando en la realización del deseo materno. Así, el niño es objeto del deseo materno. Los cuidados que brinda la madre a su hijo son testimonio de la realización de dicho deseo. Los datos del inconsciente materno se encuentran ligados a los comportamientos del lactante.

Existe un continuo entre la libido materna y la de su bebé. La madre y el hijo en ambos sentidos realizan un trabajo de codificación y decodificación de mensajes por el canal de los cuidados maternos. Los cuidados maternos constituyen la principal protección antiestímulo del lactante, que abarca todas las funciones que el niño espera de la madre. El exceso de tensión se resuelve mediante la función calmante o reparadora de la madre; y la tensión insuficiente mediante la función despertadora. La madre “calmante” es aquella que desea satisfacer a su hijo apenas este hace las primeras manifestaciones de su demanda. La

madre “excitante” aquella que retrasa el momento de la satisfacción o imprime en el hijo estimulaciones inadecuadamente intensas. (Gutton, 1983)

Los cuidados maternos constituyen un conjunto de elementos heterogéneos, contradictorios y además conflictuales. Se actualizan en la madre deseos conscientes e inconscientes de hijo. La primera relación madre-hijo se produce bajo el signo del “retorno de lo reprimido”. La madre vive en el contacto con su hijo sus relaciones arcaicas. La contradicción de los cuidados maternos remite al concepto de ambivalencia. La libido es factor de ligazón mientras que la agresividad disuelve los vínculos. Los cuidados maternos actualizan la secuencia fantasmática. Es decir, el niño es un objeto que se reviste de sentido, un lugar en el que se proyectan las significaciones maternas. La continuidad será expresión de la concordancia entre el deseo materno y por el otro lado, la necesidad y los deseos nacientes de su hijo. La madre no satisfactoria presenta una discontinuidad en su encuentro con el hijo, ya que hay entre ambos una discordancia. (Gutton, 1983)

El autor también destaca la importancia de que la unidad narcisista primaria vaya desinvistiéndose, para dar lugar a una nueva forma de vínculo. “Dentro de la unidad narcisista primaria, el hijo forma parte del yo corporal de la madre; en oportunidad de la desinvestidura se desarrolla un movimiento hacia la simbolización, que sólo en los intercambios mutuos incluye verdaderamente al hijo. Aquellos se definen como procesos de elaboración de la percepción de hijo. Como actualización que es el guión escénico imaginario, el juego materno incluye la realidad del hijo.” (Gutton, pag. 146, 1983)

La desinvestidura materna constituye la prolongación de la primera relación de objeto con el bebé. Para que los intercambios mutuos de la madre y el hijo sean exitosos, la madre debe progresivamente: desinvertir al bebe, soportar la ausencia del bebe y superar la problemática de la castración. (Gutton, 1983)

Luego de la desinvestidura materna, comienza a desarrollarse el self en el niño. Uno de los aspectos más importantes es la adquisición del lenguaje. Gutton (1976) considera que el lenguaje simbólico es dado por la madre. El yo construye sus primeros símbolos proyectando una parte de sí mismo en el objeto, e identificando estas partes del objeto con partes de sí mismo.

V. Las ideas de Bick

Bick (en Huberman y Rodriguez, 1997) plantea que el bebé es como un astronauta lanzado al espacio sin traje espacial y sin nada que lo tenga unido. Esta cohesión del sí mismo del bebé se consigue por la introyección de la función continente materna. En los comienzos, el bebé aún no está contenido suficientemente por el objeto maternante. El bebé es inevitablemente confrontado a la discontinuidad, ya que la fuente de su satisfacción no es continua ni permanente. Se encuentra en un espacio de separación espacial y temporal entre su necesidad y su satisfacción. Este espacio que se crea entre el bebé y su madre podría ser sentido como un precipicio en el que las fuerzas pulsionales amenazarían con arrastrar al self en una caída vertiginosa y destructiva, generando “angustias de precipitación”.

Las experiencias de encuentro con el objeto, de comunicación emocional, darían un espacio de estabilidad que amortiguaría dichas angustias. Se va construyendo progresivamente en una envoltura táctil, sonora, visual, olfativa que está dada por el entorno maternal y que se ajusta suavemente sobre la piel del bebé. Esta envoltura permitirá ir interiorizando e integrando la calidad del holding a través de los signos de buena integración. La respuesta ajustada del objeto maternante y el espacio que se produce por el pequeño desajuste, serían el origen de un sentimiento de identidad y de la primera especialización. (Bick, en Huberman y Rodriguez, 1997)

Bick también desarrolla el concepto de envoltura psíquica: En sus formas más primitivas, las partes de la personalidad parecerían no tener fuerza de ligadura entre ellas, y deben mantenerse unidas por medio de la piel, funcionando como frontera. Esta función interna de contener las partes del self depende inicialmente de la integración de un objeto externo vivido como capaz de colmar esta función. Este objeto continente es vivenciado como una piel. La piel psíquica no es el resultado del contacto cutáneo entre la madre y el bebé, sino de las capacidades continentales de la madre. La piel es la primera estructura del cuerpo, envuelve y contiene. La envoltura psíquica autónoma con la apropiación del propio cuerpo es un resultado final nunca completo del desprendimiento de la envoltura común madre-bebé. (Bick, en Huberman y Rodriguez, 1997)

VI. Las conceptualizaciones de F. Doltó

Doltó (en Guillerault, 2009) sostiene que la madre lleva el devenir del potencial del bebé y que la relación con la madre es la fuente de la existencia. Considera que el polo materno es portador y estructurante, ya que la madre tiene la potencialidad simbolizadora. En ella opera la función de reconocimiento, colocando al sujeto (bebé) en el universo del símbolo. La madre es identificante para su hijo; el bebé recibe de ella la acreditación de su identidad.

Para Doltó (1984) la díada madre-bebé es una relación de palabra. El equilibrio de dicha díada es esencial para el devenir humano. Para el bebé los elementos de la vida son discordantes y encuentran su completud a través de la madre que habla. Así, el bebé logra el sentimiento de continuidad (“allant-devenant” o yendo-deviniendo).

“Toda la vida del recién nacido está organizada, coordinada, en el marco de la relación primordial con la madre, cuyo modo de ser y de estar presente para su hijo es decisivo.” (Doltó, en Guillerault, 2009, p. 47)

El cuerpo es considerado como el lugar de intercambio con el otro. A partir de esta idea, la psicoanalista francesa elabora el concepto de Imagen inconsciente del cuerpo: Es el sustrato relacional de un ser humano sostenido en pulsiones (parciales), en relación a un objeto privilegiado. La imagen del cuerpo se constituye en referencia a la observación efectiva del rostro materno y a las referencias sensoriales que repetidamente provee la presencia de la madre. Es algo puramente imaginario. En el clima de la presencia afectiva materna, la imagen del cuerpo se enriquece con nuevos hallazgos de zonas erógenas. Al construirse la imagen del cuerpo, se constituye el narcisismo primario. La completud y consistencia de la imagen inconsciente del cuerpo se obtiene a través de la presencia estructurante de la madre. La díada es introyectada de modo duradero, más allá de la secuencias de la ausencia materna. (Doltó, 1984)

El destino de la imagen del cuerpo son las castraciones simbolígenas. La castración es una prohibición simbolizante que recae sobre una pulsión y un objeto, dejando un hito simbólico, creando una historia subjetiva del infans. Permite su promoción humanizante. El éxito de la constitución subjetiva, radica en que las pulsiones parciales sean castradas sucesivamente. Para que la castración sea efectiva, la madre tiene que estar afectada por ella y tiene que hacerla operar, mediante el lenguaje. (Doltó, 1984)

Las primeras castraciones que deben operar en la vida de un bebé, son las siguientes:

Castración umbilical: implica un corte con la ética vampírica - parasitaria (los nutrientes le vienen de la sangre y el bebé vive a expensas del cuerpo de la madre) de la vida intrauterina pasiva. El bebé está conectado con un objeto que es la placenta. En el parto, hay un corte, una separación; y el sujeto tiene existencia afuera de la mamá y es reconocido como un miembro de la comunidad. La castración opera sobre lo fusional (fusión intra uterina) y se efectiviza en el corte del cordón umbilical. A partir de la castración umbilical, al bebé le va a ser imposible volver a la ética fusional, parasitaria, sanguínea con la madre. Se cierra el circuito de la sangre, y se abre el circuito de lo aéreo y de la leche. El bebé pasa a ser activo, va a tener que respirar y succionar para alimentarse de algo de la superficie del cuerpo de la madre (pecho). Hay una modificación de la pasividad a la actividad, aunque la lógica sigue siendo parasitario. Dar de amamantar implica que la madre le da al bebé elementos sustanciales (nutrientes) y fantasmáticos. Lo simbólico que surge con la castración es lo oral. Es el nuevo modo de relación con la madre. (Dolto, 1984)

Castración oral: implica la finalización de la lógica incorporatoria. En el bebé se constituye el narcisismo primordial, la primera imagen que se genera en el psiquismo (imagen de base). Se relaciona con el anclaje de la pulsión de vida con lo autoconservatorio. La castración oral es la operación simbólica de dar por perdida la relación oral con la madre, representada a partir del destete. Se castra el cuerpo-a-cuerpo con la madre. Se inaugura un nuevo modo de relación mediatizado por el lenguaje. Da por perdido el pecho de su madre como parte de sí, para poder nominarlo y llamarlo. Es así como el infante puede proferir un fonema que alude a la madre. Su efecto consiste en poder hablar en nombre propio y no decir lo que los padres quieren que diga. Consiste en tener una imaginación distinta de la de los padres. Lo simbólico que surge con la castración es el lenguaje. (Dolto, 1984)

VII. Las ideas de P. Aulagnier

La madre, según Aulagnier (1975) cumple la función de portavoz. Ésta es la función reservada al discurso de la madre en la estructuración de la psique. Es la representante de

un orden exterior cuyas leyes enuncia mediante su discurso. La función de prótesis de la psique materna permite que la psique del infans encuentre una realidad ya modelada por su actividad para que pueda ser representable. La psique reemplaza lo carente de sentido de un real mediante una realidad que es humana por estar caracterizada por la libido materna

Para Aulagnier (1975), precediendo al nacimiento del sujeto hay un discurso que se relaciona con él. Es una especie de sombra hablada que es supuesta por la madre hablante. El discurso materno se dirigirá a una sombra hablante proyectada sobre el cuerpo del infans. Lo que la madre desea se convierte en lo que demanda y espera la psique del infans. Por su parte el infans, al no disponer del uso de la palabra, no puede contraponer los propios enunciados identificatorios a los que se proyectan sobre él, permitiendo que la sombra se mantenga por un tiempo al resguardo de contradicciones por parte del infans. Luego el cuerpo podrá manifestar un cuestionamiento de su conformidad con la sombra en todo lo que aparece en el cuerpo como una falta o carencia (en el sueño, crecimiento, etc.).

La madre ejerce una violencia primaria (Aulagnier, 1975) sobre su bebé. Ésta es necesaria para permitir el acceso del sujeto al orden de lo humano. La madre es un “yo-hablante” y el destinatario de su discurso es el infans. La madre, como portavoz, actúa como mediadora del discurso ambiental, transmitiendo éste de forma premodelada por su propia psique. La actividad psíquica del bebé se encuentra confrontada por las producciones de la psique materna (enunciados en los que ella habla al niño y habla del niño). La palabra materna porta un sentido que se anticipa a la capacidad del infans de poder reconocer su significación. La violencia primaria ejerce el efecto de anticipación del discurso materno, mediante una oferta de significación. Remite a la diferencia entre el espacio psíquico materno (atravesado por la represión y con la constitución de un Yo) y el del infans. El papel de prótesis de la psique materna es muy precoz. Impone al infans una interpretación del mundo que implica una violencia para él, pero que permite la organización de un espacio al que su Yo pueda advenir.

“Designamos como violencia primaria a la acción mediante la cual se le impone a la psique del otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario.” (Aulagnier, pag. 36, 1975)

Janin (2011), retomando las ideas de Aulagnier, sostiene que la función de prótesis del psiquismo materno debe ir variando a lo largo de los distintos momentos de la estructuración psíquica del niño.

Es por ello que, con el tiempo, la coincidencia entre el Otro y la madre deberá finalmente disolverse. La voz materna ya no tendrá derecho ni poder para responder con certeza a los interrogantes acerca de quién es el niño y qué debe llegar a ser. (Aulagnier, 1975)

Para entender con mayor profundidad cuáles son las primeras formas de representación psíquica que el bebé puede hacerse del mundo (o sea, su madre), tomaremos el concepto de pictograma:

Aulagnier (1975) plantea que un ser vivo, en la situación de encuentro permanente con el mundo físico-psíquico que lo rodea, realiza producciones (cuya fuente es justamente dicho encuentro con el mundo exterior). En la primera etapa, el espacio de inscripción de las producciones es denominado “lo originario”, y la producción es pictográfica. Constituye una actividad de representación que aún no incluye la palabra, pero que implica una “puesta en sentido”.

La representación que el infans comenzará a hacerse del mundo, dependerá del particular tipo de encuentro que exista entre él y su madre. Es por ello que Aulagnier describe dos tipos fundamentales de pictograma: de fusión y de rechazo. El pictograma de fusión es una representación muy primitiva que se construye en la psique infantil. En dicha representación, hay una atracción mutua y placer entre psique y mundo. Pero, en el pictograma de rechazo, se representa al cuerpo y al mundo como causa de sufrimiento. Esto deriva en odio y deseos de aniquilamiento del cuerpo y del mundo. (Aulagnier, 1975)

VIII. La Función Materna

Luego de describir los aportes específicos de ciertos autores, realizaremos un análisis de lo que caracteriza a la función materna.

La función materna está vinculada con el amor maternal, la función de sostén y la magnitud del deseo de hijo (que tiene que ver con la historia libidinal que une a la madre con este bebé). La madre sostiene somato y emocionalmente al infante humano; lo envuelve cariñosa y libidinalmente; le asegura el apego. Lo provee de representaciones de cuidado y sostén que favorecen la instalación del sí mismo. La madre es un sujeto que posee un psiquismo maduro en relación tierna con su bebé (con labilidad emocional propia del estado de maternaje). La cualidad vincular desarrollada por la madre hacia su hijo, podrá habilitar o inhabilitar el proceso subjetivante del bebé. (Morici, 2009)

“La función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades de su infante y hace que esté personalmente satisfecha cuando el infante se siente bien. En virtud de esta identificación con su infante, ella sabe cómo sostenerlo, de modo que la criatura empiece existiendo y no reaccionando. Aquí está el origen del self verdadero, que no puede hacerse realidad sin la relación especializada de la madre, una relación que podría describirse con una palabra corriente: devoción.” (Winnicott, pag. 192-193, 1965)

Las palabras de Gutton, también hacen referencia al amor maternal:

“Desde que nace, el lactante es objeto, por parte de quienes se ocupan de él —casi siempre la madre— de cuidados que procuran satisfacer sus necesidades y protegerlo del ambiente; sin esa atención, subtendida por el amor maternal, el niño no podría sobrevivir; su dependencia inicial es absoluta, casi específica de la especie humana.” (Gutton, pag. 22, 1983)

Freud (1920) habla de la necesidad que tiene el bebé de contar con una protección contra las excitaciones nocivas del entorno. La madre desempeña un papel para proteger el aparato mental del niño en la fase inicial de unidad del bebé con los cuidados maternos. La madre utiliza sus interpretaciones y se las confía a su bebé. Por ende, la función materna en la constitución del psiquismo actúa como membrana protectora a los estímulos, para que no se transformen en tan intensos que impidan la satisfacción de necesidad o que den lugar al dolor, que desorganiza.

Janin (2011) toma estas ideas freudianas y sostiene que el filtro ejercido por la madre, esa protección anti-estímulo, protege al niño de los estímulos del mundo y de sus desbordes internos; ayudándolo a metabolizar lo que siente.

Belichmar (1991) entiende la función materna de la siguiente manera: la madre erotiza, excita pero calma con su función de contención. Por un lado, la madre hace del niño una extensión de su propio narcisismo, haciendo del bebe un objeto de amor. Cumple, así, con las funciones de contención. Por otro lado, la madre satisface de forma reprimida sus pulsiones. El placer en el niño (origen de las pulsiones) está dado por la satisfacción sublimada materna. La sexualidad infantil no brota del niño, sino de la seducción de la madre al cumplir su función (seducción porque en sus cuidados la madre lo erotiza).

Es por ello que el niño sólo se constituye como sujeto sexuado en el marco de la relación con el otro humano. (Bleichmar, 1988)

La madre, entonces, abre recorridos de placer y displacer y le da sentido al llanto y movimientos del bebé. Define lo que el niño siente, necesita y desea; imponiéndole a su hijo elecciones a partir de sus propios aspectos conscientes e inconscientes. Así, el niño se humaniza. La madre, además de satisfacer la necesidad, instaura un “plus de placer” que tiene una función ligadora. A través de los cuidados maternos, se intrica la necesidad y la caricia del otro. (Janin, 2011)

Kreisler también propone que la instancia defensiva de la organización mental del lactante depende de los cuidados maternos. “La economía de la interacción madre-hijo apuntala y administra la economía mental y somática del bebé”. (Kreisler, pag. 15, 1983)

Lebovici (et.al., 1989) hace hincapié en la idea de que los cuidados maternos incluyen la vida fantasmática de la madre. La realidad interna de la madre (su inconsciente, fantasmas libidinales y modalidades de investimento) es el primer mundo que es ofrecido al bebé. A su vez, el niño pequeño invierte a su madre antes de percibirla, contribuyendo a otorgarle su estatuto. La madre posee capacidades variables para reconocer la significación de las manifestaciones del bebé:

“Lo esencial es que ella pueda reconocerlo como un individuo único y que discrimine los mensajes que éste le envía por medio de determinadas particularidades de su comportamiento.” (Lebovici, et.al., pag. 86, 1989)

Mary Ainsworth también destaca la importancia de que el bebé pueda ser visto como individuo. Ella considera que la respuesta sensible de los padres es un organizador psíquico importante:

“La respuesta sensible es la capacidad parental de ver al niño como un ser humano con su propia individualidad y sus propias necesidades como separadas con respecto a las de los demás. Esto implica ofrecerle una base segura y, al mismo tiempo, permitirle el desarrollo de conductas exploratorias (...) La respuesta sensible conlleva por lo menos dos operaciones: la primera es ganar acceso al estado mental del niño, y la segunda es atribuirle significado a ese estado mental.” (Ainsworth en Marrone, pag. 43-44, 2001)

Soulé (en Kreisler, et.al., pag. 140, 1977) describe las funciones que deberá ejercer la madre: “Con sus cuidados, la madre debe dar al niño la oportunidad de identificarse primariamente con sus propios mecanismos funcionales y con la organización de su yo. Mediante identificaciones parciales sucesivas y precoces, da a su hijo modelos que le permiten elaborar los mecanismos que dominarán los instintos (...) La madre tiene que catectizar libidinalmente el cuerpo de su hijo (...) Debe favorecer e incluso inducir las catectizaciones libidinales del niño sobre sus mecanismos funcionales, estimulando de esta manera el apuntalamiento...”

IX. La adquisición del pensamiento en el bebé promovida por la función materna

El proceso de pensamiento no puede darse en el bebé, sin la asistencia de la función materna.

“Colocado en una situación en la que la madre no satisface constantemente sus necesidades, el bebé debe resolver sus excitaciones externas o internas con la creación del pensamiento. (...) El bebé va a organizar su vida mental a partir de los investimientos precoces y pre-perceptivos de su entorno, centrándose en la madre o quien haga sus veces. Actúa sobre su madre a partir de los efectos que crea. La reconoce, la distingue de otros familiares, organiza la realidad exterior a partir de las frustraciones que ella le impone, proyecta los peligros ligados a sus protorrepresentaciones sobre su ausencia o sobre la presencia de algún extraño.” (Lebovici y Stoleru, en Lebovici, et.al., pag. 211 y 213, 1993)

Bion (1959) sostiene que el pensamiento surge a partir del apareamiento entre el bebé y su madre y el surgimiento de una realización negativa. La frustración de la perspectiva innata (la concordancia entre la preconcepción y la realización) lleva al sujeto a buscar concepciones similares mediante el pensamiento. Para que el pensamiento se

desarrolle, el sujeto debe contar con otro (madre) que posea una capacidad de rêverie y función alfa. El proceso es el siguiente:

El bebé proyecta, mediante el mecanismo de identificación proyectiva normal, elementos beta. Éstos son pura cantidad, no significables ni contenibles; sólo pueden ser evacuados. Mediante la capacidad de rêverie, la disposición anímica de la madre (empatía) le posibilita estar atenta a las necesidades de su bebé y recibir sus identificaciones proyectivas (elementos beta). Así, la madre cumple la función de continente de las sensaciones (contenido) del lactante. (Bion, en Grinberg, et.al., 1976)

“El funcionamiento normal de la identificación proyectiva constituye uno de los factores principales en la formación de símbolos y en la comunicación humana y determina la relación de empatía con el objeto, por la posibilidad de situarse en el lugar del otro y comprender mejor sus sentimientos.” (Bion en Grinberg, et.al., 1976, Pág. 41)

La función alfa de la madre transforma los elementos beta proyectados por el lactante, en elementos alfa. Éstos pueden ser transformados, almacenados, reprimidos. A partir de la función alfa, la madre le devuelve al bebé elementos metabolizables, que pueden ser contenidos. El niño introyecta la función alfa de la madre y los elementos alfa constituyen la materia prima para su actividad psíquica primaria. Se crea la función de contenimiento en el bebé; un espacio psíquico que contiene elementos alfa (Bion, 1959).

Es de gran importancia que la madre posea la capacidad de rêverie. La disposición de la madre a estar atenta a las necesidades del bebé, le permite percibir sus mensajes. A su vez, a partir de lo reconocido por la capacidad de rêverie, puede transformar y metabolizar los elementos beta en elementos alfa (función alfa); permitiendo que el bebé introyecte algo que puede contener en su psiquismo. (Bion, 1959)

Janin comparte esta postura sosteniendo que: “Para que haya posibilidad traductora, para que los signos perceptivos vayan dando lugar a otras representaciones, para que el proceso originario dé paso al primario y secundario, deberá haber un adulto que pueda fantasear y pensar, ayudándolo así a traducir esas primeras inscripciones a otras lógicas.” (Janin, pag. 21, 2011)

X. En síntesis, ¿qué es la función materna?

A partir de lo expuesto anteriormente, se considera que las características de la función materna son las siguientes (Morici, 2009):

- La madre, a partir de la preocupación maternal primaria (Winnicott, 1965), siente empatía por su bebé. Posee capacidad de rêverie (Bion, 1959); una impronta inconsciente de los cuidados recibidos que se despierta en el momento de cuidar a otro.
- Tiene la capacidad para tolerar la ambivalencia. El grado de ambivalencia es adecuado, con predominio de sentimientos amorosos sobre los hostiles.
- La madre puede atravesar por la transición entre bebé idealizado y bebé real (Lebovici, et.al., 1989).
- Posee la capacidad de sostener la paradoja de indefensión y autonomía del hijo, aceptando ser uno con el bebé y a la vez reconociéndolo como otro diferente. El hijo es entonces familiar y extraño al mismo tiempo. La madre acoge al niño en su cuerpo pero le permite salir de él (Gutton, 1983). Tolerancia la dependencia inicial absoluta del bebé y luego promueve su natural tendencia hacia la independencia (Winnicott, 1971). Permite, entonces, que el bebé esté primero unido a ella, y luego que logre su individuación.

CAPÍTULO 4: ALTERACIONES EN EL VÍNCULO TEMPRANO

I. Alteraciones en la interacción madre-lactante

En un bebé, el proceso de constitución mental se encuentra inacabado, dependiendo así de la interacción afectiva con su madre. Cuanto más graves y tempranas sean las alteraciones del vínculo, serán más riesgosas, pudiendo arrastrar las defensas biológicas y las funciones que permiten el desarrollo de la subjetividad. (Kreiser, 1985)

Las disarmonías en la díada madre-hijo se expresan en función de inadaptación o disfuncionamiento. La explicación debe buscarse en la pareja constituida por ambos. Todo síntoma es el resultado de un compromiso entre las demandas del lactante y las que se expresan en los cuidados maternos. (Gutton, 1983)

Los bebés reaccionan con desorganizaciones psicosomáticas a las modalidades disfuncionales en el vínculo. Dentro de la psicopatología del bebé, deben distinguirse los grados: leve, moderado o severo. A su vez, la psicopatología presentada puede ser pasajera o continua. Un bebé puede expresar alguna alteración funcional que se disuelva con el desarrollo o con alguna intervención, o puede mantenerse en el tiempo; siendo ésta más grave. (Morici, 2009)

A continuación distinguiremos tres tipos de alteraciones vinculares:

a) Alteraciones vinculares por sobrecarga de excitación:

Se desencadena una dinámica conflictiva por exceso o distorsión. La disfunción vincular es promovida por el exceso de excitación que emana de la función materna. Hay un fracaso de la protección antiestímulo. (Kreiser, 1983)

Los excesos de estimulación se observan en díadas en las que la madre da la impresión de mostrarse intrusiva y no respetar las señales con las que el bebé le indica que está excesivamente estimulado. (Kreiser, en Lebovici, et.al., 1993)

El hiperfuncionamiento de la díada madre-hijo refleja el estado de excitación provocado en el niño por parte de una madre “excitante y contradictoria”. El niño expresa tensiones elevadas en forma de descargas motrices incoordinadas, gritos, irritación, desorganización de ritmos sensoriomotores y pérdida de los esbozos de coordinación. (Gutton, 1983)

“Cuando la madre emite señales indefinidas e incoherentes, transmite trastornos al niño.” (Soulé, en Kreisler, et. al., pag.24, 1977)

La disfunción es por exceso de apego. Existe, por parte de la madre, un atrapamiento vincular en el que el bebé es una parte de sí misma. Ella no reconoce a su hijo en su alteridad; no le otorga estatuto de sujeto. Se puede ver cómo no permite la inclusión de un tercero. No hay reconocimiento de una legalidad simbólica. El exceso de excitación desborda las capacidades mentales del bebé, volcándose hacia las funciones biológicas: colon irritable, hiperactividad, cólico del primer trimestre, vómitos, insomnio, espasmo de sollozo. (Morici, 2009)

Ilustraremos mediante un caso, cómo los excesos de estimulación por parte de la madre pueden encontrar su origen en el vínculo temprano y prolongarse a lo largo del tiempo provocando manifestaciones somáticas y de angustia en una niña pequeña:

Valentina, de 4 años llega a la consulta acompañada por su madre porque no quiere quedarse en ningún lado, tiene explosiones de llanto en casa y cambios de humor. Además la madre dice: “la veo triste y apagada”, “está muy apegada a mí, pero después muestra rebeldía”. Valentina tiene miedo a la noche, llora y necesita que la acompañen. También llora porque no quiere ir al jardín.

La madre dice “yo soy más dependiente de Valentina, que Valentina mía. Yo soy muy insegura, soy cero independiente. Soy dependiente de Valen, de mi marido y de mi mamá.” Ella no sale de la casa (excepto para llevar a su hija a sus actividades) porque le da miedo. No hace ninguna actividad para ella. Desde que nació su hija, jamás durmió bien, ya que siempre está atenta a que no le suceda algo.

La niña permanentemente se enferma de otitis, conjuntivitis, gripe, etc., lo que hace que no pueda ir al jardín y se quede con su madre. A los 3 años y medio presenta dolores en el pecho y taquicardia y, se le diagnostica una arritmia emocional. Cuando Valentina se encuentra preocupada o “estresada”, manifiesta taquicardia y dolores en el pecho.

La dependencia de la madre respecto de la niña, el exceso de apego hacia ella y su aferramiento permiten comprender el origen de la angustia y ansiedad excesivas de Valentina y sus manifestaciones somáticas. Sus numerosas enfermedades podrían entenderse como modos en que la angustia pasa al cuerpo y es expresado somáticamente. Las manifestaciones psicósomáticas de la pequeña están vinculadas a dificultades para poder elaborar la tensión y la angustia que le genera el vínculo primario.

Sesión vincular: Durante una sesión con su madre hace un dibujo con plasticola. Pone plasticola rosa en el dedo de su mamá y el de ella, y ponen sus huellas en la hoja. La analista dice que parece que se quieren mucho y que les gusta hacer cosas juntas. La madre dice que no es tan así, y menciona detalladamente todas las actividades en las que su hija no quiere que ella esté. La niña dobla sus dibujos y luego abre la hoja para formar un dibujo simétrico de ambos lados. Habla activamente con su madre, mostrando algo casi simbiótico donde el otro no puede entrar.

Existe, por parte de la madre, un atrapamiento vincular en el que Valentina es una parte de sí misma. Ella no reconoce a su hija en su alteridad y no permite la inclusión de un tercero. La madre es intrusiva y el hiperfuncionamiento de la díada madre-hijo provoca en la niña un estado de excitación. La niña expresa tensiones elevadas en forma de descargas motrices: verborragia, necesidad de realizar actividades permanentemente, enfermedades, problemas cardíacos.

Sesión individual: Valentina (luego de varias sesiones en las que pide pasar con su madre) no le pide a su madre que se quede en el consultorio. La analista le habla de su pegoteo con su mamá, de que buscan estar mucho juntas. Ella dice que a veces no quiere estar tanto con su mamá. “Las tijeras te salvan. Cortar es una manera de salvarse. ¿me ayudás a cortar?”
Un día Valentina le dice a su madre, mientras ésta quiere imponerle cómo hacer sus tareas de prescolar: “yo quiero escribir mi historia” “yo hago mi vida”.

Su pedido resulta clarísimo, y está vinculado a la necesidad de hacer un corte con el vínculo primario fusional que se ha prolongado demasiado tiempo. La niña expresa su necesidad de ser un individuo separado de su madre, pero no puede debido al apego excesivo de ésta. Hay una inversión de roles, donde la niña debe sostener a su madre. Debe actuar un tercero (analista) que haga operar la función de corte.

“Voy a hacer huellas” (con brillantina). Tiene problemas con la plasticola, ya que pone demasiado. La analista le dice que un poco de plasticola para pegar está bien, pero demasiado pegoteo no es bueno porque se hace un lío. “Sí, es verdad. Demasiado no.” Hace “la huella de goofy”, “un monopatín”. Dice “goofy se fue”, la analista le dice que es como mamá, que se fue; que son huellas que dejan, de lo que ya no está más (para que se vea la huella, el objeto ya no debe estar). “Voy a hacer un poco de pasto...y los hijos que se fueron. Bah, no. Los hijos se quedaron. La mamá se va a convertir en pasto. Este pasto es más loco que una vaca burra.”

La niña denuncia este exceso de apego (que se asemeja a un pegoteo) y expresa la necesidad que de la madre se aleje.

Lo planteado por Gutton (1983) describe la problemática de esta niña: La persistencia, más allá de lo deseable, de las investiduras maternas fusionales implica una disfunción. La madre tiende a mantener al hijo en la unidad narcisista primaria. La prolongación de estas secuencias se efectúa más allá de la demanda del bebé y sin tener en cuenta sus demás manifestaciones.

b) Alteraciones vinculares por déficit (falta) de estimulación:

Dentro de esta alteración vincular, pueden distinguirse dos subtipos: por carencia de apego y por subversión de la función materna.

1. La disfunción se debe a una carencia de apego, a causa de carencia libidinal y falta de aportaciones afectivas y estímulos. Hay escasa o nula catectización libidinal. La

hipoestimulación se observa en los casos de depresión materna de carácter esquizoide o en la inhibición neurótica. (Kreisler, en Lebovici, et.al., 1993)

Cuando la carencia y la frustración son crónicas, existe una interacción en blanco. Puede desembocar en una patología del vacío, en el que el bebé posee trastornos funcionales de alto riesgo (insomnio y anorexia primaria graves, mericismo, vómitos psicógenos), manteniendo al lactante en un círculo repetitivo mortífero. (Kreisler, 1983)

La madre no reconoce a su hijo como familiar, como propio. Lo siente excesivamente ajeno. Se observa maltrato a partir del descuido, abandono, negligencia. El lactante puede manifestar depresión, déficit en el desarrollo, entre otros. (Morici, 2009)

Estas alteraciones en el vínculo desembocan en trastornos funcionales intensos en forma repetitiva de alto riesgo (conductas alimentarias graves, vómitos psicógenos, ruminación) y desordenes lesionales diversos que pueden afectar a todos los aparatos. Asimismo, depresión (atonía psíquica, lentitud psicomotriz, repliegue interactivo) y defensas autistas (repliegue). (Kreisler, en Lebovici, et.al., 1993)

2. Cuando el déficit llega a un extremo, la disfunción es por subversión de la función materna o “psicosis de la función maternal”. La madre deja de ser el garante natural del cuidado y desarrollo del bebé para entorpecerlo o subvertirlo. Predomina el rechazo y la hostilidad libidinal, el no deseo de hijo. Lo vive como un enemigo, como un objeto persecutorio que la amenaza. Se observa maltrato, en lugar de protección. La madre provoca en su hijo golpes, fracturas y hasta asesinato. Los signos observables en el lactante son: apnea neonatal, lesiones corporales, retraimiento extremo, miedo, déficit del desarrollo. (Morici, 2009).

Una forma particular de maltrato infantil provocado por la madre se observa en el Síndrome de Munchausen. Es una forma de maltrato infantil en la que la madre, simula o causa la enfermedad en su hijo (generalmente en niños pequeños que no han accedido aún a la adquisición del lenguaje). La madre, en aparente posición de preocupación y ocupación devota, provoca o simula repetitivamente la enfermedad en su hijo, manipulando a los médicos tratantes. La madre utiliza la técnica y cuerpo teórico médico para ejercer daño sobre el cuerpo de su hijo, accionar que subvierte el orden natural tanto de la función materna como médica. (Morici y Armus, 2001)

En esta particular forma de maltrato, existe una perturbación severa del vínculo de la madre con el hijo. Está alterado el concepto de hijo, al que no se le reconoce el estatuto de sujeto sufriente. (Morici, 2011)

El siguiente caso muestra como el rechazo materno provoca un déficit vincular y da lugar al maltrato:

Sandra tiene 42 años, está casada con 4 hijos. Uno de ellos, Lautaro de 13 años, presenta profundas dificultades: severos problemas de aprendizaje, conductas sexuales inapropiadas que derivaron en abuso de su hermano menor, violencia a docentes, compañeros y miembros de la familia, robos en negocios, conducta desafiante y francamente antisocial.

El descuido de Lautaro es permanente y su madre no lo reconoce como propio. La violencia se manifiesta desde que él era bebé. Siempre tuvo muchas lesiones corporales, enfermedades. La madre lo describe como un bebé demasiado demandante que la irritaba muchísimo.

Sandra es una mujer impulsiva y violenta, con dificultades para pensar y expresarse verbalmente. Dice que su relación con Lautaro siempre fue mala, que la saca de sus casillas. “Lo odio, cuando me contesta mal o hace lío no lo veo como mi hijo. Lo quiero matar. Otra ya lo hubiese matado. Le pego porque no lo soporto.”

La disfunción de este niño encuentra su origen en la carencia libidinal y falta de aportaciones afectivas en el seno del vínculo temprano. La madre siente a su hijo como ajeno; predomina el rechazo y la hostilidad libidinal, el no deseo de hijo. En consecuencia Lautaro manifiesta déficit en el desarrollo, malestar e irritabilidad (que podrían indicar la presencia de depresión) y conductas antisociales.

c) *Alteraciones vinculares por carencia afectiva (ausencia de figuras de sostén):*

La insuficiencia relacional cualitativa implica una profunda inadecuación de la respuesta de la madre a las necesidades de su hijo. Las madres están físicamente presentes pero depresivas o presentan rupturas continuas en su estado de ánimo, haciendo vivir a su hijo múltiples experiencias traumáticas de separación. Éstos pueden manifestar: comportamiento hipomaniaco; inhibición (aplastamiento pulsional provocado por el desánimo, autoacusación, vuelta de la agresividad sobre sí mismo y la desvalorización narcisista grave), hospitalismo, depresión anaclítica, reacción depresiva o autista frente al desapego. (Soulé y Lauzanne, en Lebovici, et.al., 1993)

Lebovici (et.al., 1993) plantea que desde distintas disciplinas se ha estudiado el proceso por el cual el lactante humano entabla su vínculo afectivo con su madre, y se han descrito los desastrosos efectos que la separación prolongada de la madre ejerce sobre el niño en términos de su desarrollo motor, mental y afectivo.

Bowlby (en Lebovici, et.al., pag. 27, 1993) sostiene que “la discontinuidad de los investimentos afectivos objetales desorganiza la vivencia del niño así como la imagen de su propio cuerpo y entorpece progresivamente la instauración de numerosos lazos”.

Soulé y Lauzanne (en Lebovici, et.al., 1993) consideran que la carencia de cuidados maternos genera efectos en los niños: Después de un largo periodo de frustración afectiva materna, el niño queda entre un deseo muy intenso y una incapacidad para establecer una relación estable y satisfactoria. Todo investimento afectivo, reactivando las heridas precoces con una intensa angustia de abandono, instaura una compulsión masoquista, reivindicando afecto de una manera intolerable para el entorno. La dependencia a la realidad es absoluta ya que no han introyectado ninguna imagen estable estructurante que pudiera darles el sentimiento de continuidad. La separación va acompañada de una intensa vivencia de desestructuración y la agresividad representa el aspecto defensivo.

Veremos ilustrado en un caso como el apego que la madre puede brindar a sus hijos depende de sus estados anímicos y aspectos infantiles. En este caso, la inestabilidad anímica de la madre, sus aspectos depresivos y su posicionamiento infantil debido a conflictos no resueltos; afectan el vínculo temprano que establece con sus hijos.

Elisa tiene 27 años y está en pareja con Sebastián. Sus hijos, Ema y Joaquín de 4 años, son mellizos. Elisa consulta porque dice que ella no está bien, se

siente desganada y deprimida. Siente dificultades para realizar sus tareas cotidianas. Dice estar deprimida, irritable, enojada con todo. “La depresión llegó con los melliz”. Expresa una dificultad en el vínculo con su hija Ema. Dice que siente rechazo hacia ella. En cambio con su hijo Joaquín siente gran afinidad. Sin embargo, también le preocupa que se enferme reiteradamente.

Elisa se refiere al embarazo: “Llegó de sorpresa. No estaba en el proyecto. Mi vida era un lío. Con el embarazo, mi vida se acabó. Yo estaba muy angustiada. No podía asimilar que estaba embarazada. Cuando quedé embarazada me separé del papá de los mellis. Era un descontrol mi cuerpo.” Durante una sesión individual dice con mucha angustia “No quiero ser mamá. Se me acabó la vida cuando fui mamá. Es algo terrible, pero siento eso. Envidio a mis amigas que no tienen hijos.”.

Elisa habla de su historia: “La relación con Sebastián era para pasar el momento difícil. Del 2003 hasta el 2008 no tengo recuerdos. Mis papás se separaron. Mi mamá de la nada desapareció y se fue a vivir a Córdoba cuando yo tenía 23 años. Al año tuve un intento de suicidio. Fue como una llamada de atención. Me tomé pastillas; ansiolíticos, después de una pelea con mi viejo. (Dice que fue una forma de llamar a su mamá). Yo estaba yendo y viniendo con Sebastián. Fue una contención, un salvavidas. Mi mamá después volvió cuando ya nacieron los mellis. Era una competencia por el rol de mamá.” Cuenta que cuando nacieron sus hijos su madre volvió de Córdoba con su pareja, pero no la visitaba casi nunca. Ella le pedía a su mamá que pasara aunque sea un rato pero ella decía que no podía.

Se trabajó en su análisis la idealización y la fusión que Elisa tenía con su madre; que la necesitaba muchísimo y cuando ella se fue, fue como si le arrancaron una parte de su ser. Elisa sigue en posición de hija, de ser cuidada, protegida y entendida, y no logra asumir la posición de madre, de adulta. Al no sentirse cuidada por su madre, busca el apoyo en su padre y en su hijo varón. Esto la hace sentir muy mal por cargar así a su hijo, pero a su vez cuando su hijo la contiene se siente más tranquila.

En una sesión vincular de la madre con los mellizos ocurre lo siguiente: Los niños sacan el tren. Joaquín arma el tren con 4 vagones. Dice que la locomotora es Ema, el siguiente vagón es papá, el otro es mamá y el último es Joaquín. Repite varias veces el juego de que se descarrila el tren y el único vagón que permanece en las vías es el último (Joaquín). Ema quiere participar y le dice que se tienen que caer todos los vagones y su hermano le dice que no. Yo digo que Joaquín es el que sostiene a este tren, es el que ayuda. Después él trata de unir los vagones de otra forma, para que los de mamá y papá queden juntos, pero no se puede. La analista dice que parece que mamá y papá no pueden estar bien juntos. Repite esto con los vagones que son mamá y Ema. La analista dice que también cuesta que mamá y Ema estén bien juntas.

El vínculo temprano con ambos hijos resulta alterado desde el comienzo. La madre vive la llegada de sus hijos de manera catastrófica. El bebé fantasmático (Lebovici, et.al., 1989) está cargado de significaciones negativas. Debido a que no ha podido resolver sus conflictos edípicos y tampoco ha podido correrse del rol de hija, la maternidad es algo inconcebible para ella. Tener hijos es terrible, ya que implica correrse hacia un posicionamiento autónomo, en donde otros indefensos dependen de ella. Sus bebés (desde el punto de vista fantasmático) vienen a demandarle un corrimiento de lugar que ella no quiere aceptar; ella quiere seguir siendo una hija cuidada por sus padres.

Sin embargo, desde el punto de vista más consciente, la madre es muy atenta al cuidado de sus hijos. Ella cuida con gran dedicación al bebé real (Lebovici, et.al., 1989), ofreciendo los cuidados manuales necesarios. Los niños siempre se ven muy limpios, bien vestidos y peinados, los ayuda con esmero en las actividades del jardín y los atiende si se enferman. Ella cuenta que cuando eran chicos cocinaban juntos y hacían actividades manuales. Se preocupa mucho por festejarles el cumpleaños decorando y cocinando todo ella misma. Sin embargo, los aspectos fantasmáticos de la madre se ponen en juego, obturando los cuidados maternos.

“Nacieron a los 8 meses porque no cumplí el reposo. Nacieron por cesárea. Ema estuvo unos días internada en terapia intermedia porque nació con bilirrubina. Joaquín estuvo en terapia intensiva. Yo le pasé un anticuerpo que le destruía los glóbulos rojos. Tuvieron que hacerle un recambio de sangre. Tenía mucha anemia. Tuvimos que controlarlo todos los meses durante un año. Cuando estuvieron internados me sentí muy culpable por lo que le pasó a Joaquín. Todo ese rechazo siento que se lo pasé a él. Nunca me pude conectar con Ema. Lloraba mucho y no la podía consolar. Tenía mucho miedo a la muerte súbita, porque había leído que podía ser por no tener un vínculo con la madre. Sentía que ella me rechazaba.”

Aquí se observa como Elisa ubica la importancia del vínculo temprano, las alteraciones presentes en él y las consecuencias fisiológicas que tiene en el lactante. Ella entiende las manifestaciones fisiológicas de sus hijos como respuestas a las alteraciones en la vincularidad (signadas por el rechazo).

“Los primeros 2 años de los mellis no recuerdo nada. Por suerte fui anotando todo. No tengo vivencias en mi memoria.”

La depresión materna llegó a tal punto, de comprometer sus funciones cognitivas (memoria) durante los primeros dos años de vida de sus hijos. Esto es un claro indicio de cómo ella debe haber estado por momentos muy ausente y por otros presente, pero expresando de alguna manera su rechazo hacia esos bebés que la obligaban a actuar como un adulto que cuida de otros indefensos. La falta de contención de la madre por parte de su entorno (separación con su pareja, madre ausente, padre triste por separación), fue desastroso. El entorno no podía sostener a Elisa, de tal manera de permitirle que ella pudiera sostener a sus hijos.

“Joaco suele enfermarse. Tuvo un virus en la cadera. Estuvo un mes sin caminar. Tiene ataques de tos crónica. Le agarró mononucleosis el año pasado. El virus se le alojó en el hígado y quedó muy débil. Por eso tiene

colesterol y hay que controlarlo.” Actualmente Joaquín tiene problemas en el riñón. Se le van las proteínas por la orina. Debe realizar un tratamiento durante un año con medicación y una dieta estricta.

“Yo siempre estoy con la mirada sobre Joaquín. Le exijo mucho más a Ema que a Joaco. Ema se exige mucho; no le sale algo y se pone a llorar. Dice: <Yo quiero ser la mejor hija>. Me hace reclamos porque yo hago diferencia con Joaquín. Los límites no son iguales. La paciencia no es la misma. Me sale solo la sobreprotección de Joaquín.”

Ema es extremadamente autoexigente y se angustia mucho si algo no le sale. Siempre quiere ser el centro de atención y actúa como una niña más grande (en su discurso, por ejemplo) tratando de destacarse frente a su hermano. Ella habla por su hermano y lo cuida en el jardín. La gente siempre comenta que ella parece la hermana mayor.

Kreisler, Fain y Soulé (1977) consideran que el recién nacido no puede regular los estímulos que recibe, requiriendo que la madre actúe como regulador para alcanzar la homeostasis. El niño transmite información a la madre. Ella puede recibirla o no, aceptarla o rechazarla. La madre a su vez envía, consciente o inconscientemente, señales a su bebé. El recién nacido sólo está protegido de las señales del exterior a partir de dicha función de regulación materna. Si ésta falla, hay vacíos o señales contradictorias en la regulación que resulta traumático para el bebé (en el sentido en que Freud lo plantea, como un exceso que el aparato psíquico no puede procesar). Las señales contradictorias que envía la madre al bebé poseen un valor sumamente desorganizante.

En el caso presentado, la insuficiencia relacional cualitativa implica una profunda inadecuación de la respuesta de Elisa a las necesidades de sus hijos. Ella está físicamente presente pero presenta rupturas continuas en su estado de ánimo, haciendo vivir a sus hijos múltiples experiencias traumáticas de separación. Joaquín reacciona mediante la inhibición y las manifestaciones somáticas ya que la vivencia del niño y la imagen de su propio cuerpo quedan desorganizadas. Ema, en cambio, adopta un comportamiento hipomaniaco, donde debe ser perfecta, grande y llamar la atención.

II. Interacciones fantasmáticas – Aportes de Lebovici, Aulagnier, Bleichmar y Gutton

Desde la perspectiva de Bleichmar (1991), tanto la madre como el hijo, son concebidos psicoanalíticamente como sujetos de inconsciente, atravesados por sus inconscientes singulares e históricos. La madre es sujeto de inconsciente, sujeto clivado, y sus sistemas psíquicos comportan al mismo tiempo elementos reprimidos de su sexualidad infantil y pulsional –del lado del inconsciente- y ordenamientos narcisistas, amorosos –del lado del yo-.

Los padres son sujetos clivados y operan en sus relaciones a través de aspectos preconscientes e inconscientes de su propia estructura, de modo que en la relación con el hijo se producen inscripciones de ambos padres que operan fundando en el aparato psíquico del niño representaciones preconscientes e inconscientes. (Bleichmar, 1988)

Bleichmar (1995) propone que el niño nace en un “marco original”, como punto de partida con los padres y sus deseos como determinación sobre la subjetividad. La función simbólica parental es la matriz simbólica de partida. Ésta es la estructura Edípica de partida (deseos parentales) y sobre esto comienza la estructuración de la subjetividad. El analista deberá diferenciar la estructura edípica de partida de la de llegada, en su funcionamiento y contenidos. Deberá establecer las correlaciones entre las determinaciones parentales y los modos mediante los que se significa al sujeto. Estos modos se inscriben y producen efectos en el entramado psíquico del niño. La determinación sintomal se encuentra en la correlación entre el discurso parental y el discurso del niño. Es por ello que se deberá buscar en el discurso parental, los determinantes del síntoma en el niño. Se buscará abrir un espacio para los padres, en el cual puedan ser resignificadas sus posiciones e identificaciones con respecto a su hijo.

A continuación veremos el modo en que los aspectos inconscientes maternos, se ponen en juego en el vínculo temprano.

Antes del nacimiento hay un discurso que se relaciona con el bebé; una especie de sombra hablada que es supuesta por la madre hablante. El discurso materno se dirigirá hacia lo que ella proyecta sobre el cuerpo del infans. (Aulagnier, 1975)

“Precediendo en mucho al nacimiento del sujeto, hay un discurso preexistente que le concierne: especie de sombra hablada, y supuesta por la madre hablante, tan pronto como el

infans se encuentre presente, ella se proyectará sobre su cuerpo y ocupará el lugar de aquel al que se dirige el discurso del portavoz (...) En un primer momento, el discurso materno se dirige a una sombra hablante proyectada sobre el cuerpo del infans; ella le demanda a este cuerpo mimado, cuidado, alimentado que confirme su identidad con la sombra.”

(Aulagnier, pag. 118, 1975)

La sombra hablada está siempre presente en la conducta materna y se dirige, mediante el discurso, sobre el cuerpo del infans. Como el bebé aún no puede hacer uso de la palabra, no puede contraponerse a los enunciados identificatorios que la madre proyecta sobre él mediante la sombra hablada. Sin embargo, el cuerpo del infans sí puede manifestar la contradicción a partir de todo aquello que pueda manifestarse como una carencia: falta de sueño, de fonación, de crecimiento, entre otros. Así, las funciones corporales tienen el valor de un mensaje que indica lo verdadero o lo falso del discurso materno sobre el infans.

(Aulagnier, 1975)

El bebé, inmerso en el discurso materno, será atravesado por la fantasmaticización que se tenga sobre él. Tanto la sombra hablada, como la calidad de los intercambios homeostáticos, influirán en la constitución vincular temprana. (Morici, 2009)

La madre vive sus relaciones arcaicas en el contacto con su hijo, ya que con la maternidad se actualizan deseos conscientes e inconscientes de hijo. Los cuidados maternos actualizan la secuencia fantasmática. Es decir, el niño es un objeto que se reviste de sentido, un lugar en el que se proyectan las significaciones maternas. Es por ello que la primera relación madre-hijo se produce bajo el signo del “retorno de lo reprimido” (Gutton, 1983).

La vida fantasmática de la madre (su inconsciente, fantasmas libidinales y modalidades de investimento) se pone en juego en el vínculo temprano con su hijo. El deseo de maternidad surge en la infancia, en donde se involucran los conflictos edípicos y pre-edípicos de la madre. La imagen inconsciente del bebé es originada alrededor de los conflictos infantiles de la madre, dando lugar al bebé fantasmático. (Lebovici, et.al., 1989)

A continuación ilustraremos, mediante el análisis del discurso materno, cómo las interacciones fantasmáticas se ponen en juego en el vínculo temprano.

Claudia tiene 42 años, es madre de 4 hijos y está embarazada de un varón. Ella consulta por problemas de vínculo con su hijo mayor Agustín, de 9 años. “Tengo que ver mi relación con Agustín. Me irrita, no me motiva. No es una relación que elegiría, pero no puedo porque es mi hijo.”

El motivo de consulta está referido a alteraciones en el vínculo temprano, que se extienden hasta el presente. Parece haber un desencuentro entre esta madre y su primer hijo varón. Veremos cómo los aspectos fantasmáticos de la madre influyen en las características que adopta la vincularidad en este caso.

“Agus tiene toda la carga del primer hijo. Creo que hice todo mal con él. Se cree rey en todo; no sabe lo que es la frustración. Nos trata mal a todos en casa, me tortura. Ahora no le va excelente en la escuela como antes. Dice que es culpa mía que no se saque buenas notas.”

Parece que en este niño ha fallado el proceso de desilusión (Winnicott, 1971), y él sigue siendo su majestad el bebé (Freud, 1914). Lo que a él le ocurre no es su responsabilidad, sino que depende de su madre. Si se saca malas notas es culpa de ella. Permanecen, imaginariamente, aspectos fusionales entre ambos.

“A mi me cuesta la relación con Agustín. Yo no comparto nada con él, me alejo. No sé cómo llegar a él, me cuesta la comunicación con él. Cuando él se va de casa es una paz...Yo siempre quiero que él haga las cosas como yo quiero. Discutimos y yo me pongo a la altura de él. No me es fácil la relación. Yo creo que Agus tiene muchas cosas igual a mí y me enfrento a eso.”

La madre siente gran irritación y rechazo frente a su hijo. Veremos como esto se encuentra vinculado con la historia de Claudia:

“No es algo fácil la relación mía con los hombres. Tuve una relación difícil con mi papá; él falleció cuando yo tenía 21 años. Los dos quisimos una cosa

distinta. Al igual que con Agus, con mi papá tampoco me llevaba bien. Siempre busco el reconocimiento del hombre; de mi papá, de mi marido. Mi papá no me apoyaba en mis aspiraciones; quería algo distinto para mí y yo decía <ya vas a ver que yo tengo razón>. En medio de esa disputa él falleció. Yo no podía entenderlo. ¿Cómo que se murió si no me recibí ni me casé? No le pude demostrar que tenía razón.”

Claudia dice que su hijo es muy autoexigente en la escuela, el deporte y en todas sus actividades en general. No soporta perder ni que le marquen un error. Quiere ser el mejor en todo.

Se observa claramente como esta madre vive sus relaciones arcaicas en el contacto con su hijo y de qué forma los cuidados maternos actualizan la secuencia fantasmática (Gutton, 1983).

La imagen inconsciente de este bebé es originada alrededor de los conflictos infantiles de la madre. Los aspectos edípicos no resueltos de la madre y su particular vínculo con las personas de género masculino se ponen en juego, dando lugar al bebé fantasmático. (Lebovici, et.al., 1989)

En este caso, la sombra hablada (Aulagnier, 1975) se vincula con un discurso en el cual el hombre es el rey, y Claudia debe agradaarle y debe recibir su reafirmación narcisística de él. Se da una inversión de roles, por la cual el bebé debe satisfacer las necesidades narcisistas de la madre, en vez de que la madre lo libidinice. El bebé recibió ese discurso, entendió que él debía ser perfecto, el rey, para satisfacer a su madre y se ha esforzado mucho por ello. Esa sombra hablada ha teñido el vínculo temprano.

III. Spitz – Relaciones madre-hijo incorrectas e insuficientes

“Las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejarán en perturbaciones del infante (...) Las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo.” (Spitz, pag. 155, 1965)

El autor clasifica las perturbaciones en el bebé en dos subtipos

a) *Relaciones madre-hijo incorrectas – Perturbaciones psicotóxicas:*

Hay una perturbación en el factor cualitativo. Cada cuadro clínico parece estar vinculado a una incorrección específica en la relación madre-hijo. La personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica. Por ello, estas dificultades en el bebé se denominan enfermedades psicotóxicas de la infancia. Son consecuencia de uno de los siguientes patrones de conducta maternos: (Spitz, 1965)

- La franca repulsa primaria materna se relaciona con el coma en el recién nacido.
- La tolerancia excesiva angustiosa primaria (protección maternal excesiva) de la madre se vincula con los cólicos del tercer mes del lactante.
- La hostilidad (inconsciente reprimida) enmascarada de angustia materna se correlaciona con el eczema infantil.
- Las fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad (conducta materna contradictoria), se relaciona con la hipermovilidad (cabeceo) en el bebé.
- Las oscilaciones cíclicas del humor de la madre se vinculan a los juegos fecales en el infante.
- La hostilidad conscientemente compensada en la madre se correlaciona con la hipertimia agresiva del bebé.

b) *Relaciones madre-hijo insuficientes – enfermedades defectivas emocionales:*

Hay una perturbación en el factor cuantitativo. Implica la privación de las relaciones de objeto al infante, durante el primer año de vida. El infante es privado del cuidado materno y del suministro emocional vital que normalmente debe recibir mediante los intercambios con su madre. Una deficiencia grande en las relaciones de objeto lleva a una detención en el desarrollo de todos los sectores de la personalidad. Las consecuencias de la deficiencia emocional dependerán de la extensión de la privación. La privación emocional parcial provoca depresión anaclítica y la privación emocional completa genera marasmo. (Spitz, 1965)

La pérdida real del objeto de amor equivale para el niño a una privación hostil. No es la pérdida real de la madre la causa directa en la depresión anaclítica, sino la ruptura del lazo anaclítico que es quien asegura la satisfacción de las necesidades del yo frente a los impulsos. (Spitz, 1965)

Veremos la viñeta de un caso que ilustra como las perturbaciones en la personalidad de la madre, tienen sus efectos su hijo, cuando es bebé y luego crece:

Marta consulta por su hijo Nicolás, ya que éste es muy inseguro, tiene problemas en la escuela para prestar atención y relacionarse con sus pares. Ella explica que su hijo es muy dependiente de ella. Ella cree que el nacimiento de su hija a los 11 meses y la grave enfermedad que esta tuvo, hizo que Nico estuviera desplazado de la mirada de los padres por varios años.

Respecto al embarazo la madre explica: “Yo no podía tener hijos, porque mis óvulos se morían. Por eso con Pablo no nos cuidábamos. Pero quedé embarazada de Nico, y yo estaba feliz. El padre quiso interrumpir el embarazo porque no era el momento para él. Nos separamos pero al mes me dijo que quería formar una familia. Uno tiene la ilusión de que con un hijo todo va a cambiar. Cuando Nico nació fue un desafío para todos. Pablo no expresaba su alegría. La familia del padre no lo aceptó hasta el año. Tomó teta hasta los 3 meses, cuando quedé embarazada. Mi leche no lo alimentaba y tomaba un complemento. Estaba aterrorizada de que se muriera de hambre. Sufrí mucho la lactancia porque me sangraba.”

Desde la concepción, existen desencuentros entre Nicolás y su entorno. Vino inesperadamente, provocando una ruptura entre sus padres (y la familia extendida) que luego intentó ser subsanada, sin lograrlo del todo. La llegada de este bebé estuvo vinculada a muchos conflictos. La madre tuvo dificultades para conectarse con su bebé a través de la lactancia. Parece que hubo algo en el vínculo temprano que no terminó de constituirse adecuadamente.

“Cuando nació Mechi el padre le exigía mucho a Nico; no le permitía ser bebé. Esta niña tuvo muchos problemas de salud: una esclerodermia grave, por la que se le deformaban las capas de la piel, atribuida por los médicos a causas emocionales, a algún shock.” Explica que su hija estuvo con riesgo de vida, ya que su enfermedad podría llegar a afectar sus órganos vitales. Se

realizaron infinidad de tratamientos. Durante muchos años la familia vivió con la intolerable angustia de que su hija podía morir. Actualmente toma medicaciones muy fuertes, entre ellas un anti-cancerígeno.

La disponibilidad emocional del entorno familiar disminuye aún más a partir del nacimiento de Mechi y luego con el surgimiento de sus problemas severos de salud. Nicolás queda sin un lugar de contención y apoyo, que lo ayude a crecer y desarrollarse hacia la autonomía (Winnicott, 1965). Es por ello que a los 10 años sigue siendo tan dependiente de su madre y de su entorno en general. En ciertos aspectos, sigue siendo un niño pequeño que no ha recibido lo que necesita de su entorno.

Marta fue víctima de violencia y abuso sexual por parte de su padrastro durante toda su infancia, y tuvo que escapar de su casa a los 12 años. Su madre (también víctima de abuso y violencia en su infancia) sabía de esto pero nunca hizo nada. Marta padece de depresiones profundas, habiendo tenido un intento de suicidio a los 17 años y otro luego del nacimiento de sus hijos con el diagnóstico grave de su hija, la cual podía morir. Ella siempre recibió apoyo psicológico y psiquiátrico. “Por momentos me caigo y no puedo sostener a mis hijos. En mi niñez no tuve a nadie. Yo estoy buscando a la madre que no tuve.” “Cuando lo veo a Nico con 10 años, recuerdo que a esa edad yo me escapé de mi casa. Tuve que dejar a mi mamá, para que no abusaran más de mí.”

En este caso se ve claramente como las influencias psicológicas dañinas en el niño, son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo. La infancia altamente traumática de Marta, y las fallas en la función materna de su propia madre, combinadas con la falta de contención del entorno cuando nace Nicolás, llevan a que existan fallas en el vínculo temprano. Marta no puede contener a su hijo, ya que ella no se siente adecuadamente sostenida y padece de depresiones profundas. Esto afecta su posibilidad de cuidar de su hijo, y acompañarlo en su crecimiento.

Este caso ilustra como la privación temprana (observada en el abuso y abandono en la infancia de Marta), inhabilitan en la adultez ejercer una función adecuada de sostén, repitiéndose la privación inicial. (Comunicación personal de Morici, 2012)

Janin (2011) considera que algunos cuadros psicossomáticos pueden manifestarse cuando en el niño no hay espacio para un pensar diferente al materno. Las dificultades del niño para simbolizar se deben a que recibe permanentemente las angustias no tramitadas de sus padres. El niño denuncia, entonces, con su cuerpo el estado psíquico de sus padres. Debido a que en el niño no hay posibilidades de tramitar los afectos por fallas en la respuesta empática del otro, éstos quedan como marcas en el cuerpo (el afecto se expresa como descarga en el cuerpo).

En una sesión el niño dice: “Creo que en el fondo mío, lo único que tengo es miedo.” “Yo me siento como que estoy solo” “Tengo miedo a perder a alguien de mi familia. No me gustaría perder a mi psicóloga; sería como perder a tu mamá cuando sos chico.” (La analista le propone dibujar esto). Dibuja el mar y la arena y dos personas: “Un chico está en la playa y la mamá salió a nadar, se fue muy al fondo y se ahogó. El chico se siente muy mal. Puede llamar a un guardavidas; sino ir él al mar y tratar de rescatarla.”

En esta sesión Nico expresa su soledad, la sensación de sentir que no cuenta con su madre y su temor por perder a su “madre sustituta”, que sería su psicóloga. Este deseo de rescatar a su madre, denuncia el registro que él tiene de que su madre no está bien y que necesita ayuda; acompañado por la aceptación de que él necesita a su madre para crecer, y que sin ella (o un sustituto), él se encuentra solo y con miedo. El dibujo podría hacer referencia a la escena en la que su madre intenta suicidarse y su padre la rescata, evitando que se tire por la ventana de su casa.

La madre dice que su hijo “tiene una ansiedad oral terrible. Come mucho cuando está nervioso.” Desde chico que le sale una alergia en la piel del cuello, que permanece hasta hoy. También tiene eczema en la piel que le sale desde que era bebé, en la cabeza, cara, cuello y brazos. La madre explica que

tiene eczemas desde que nació y que empeoran cuando se pone nervioso. Nico dice en una sesión: “Los nervios se me ponen en la cabeza, me salen granitos.”

El niño llega a la sesión que muchas marcas en la cara, cuello y brazos. Se lo ve muy angustiado y molesto. La madre explica que son impétigos, y que el papá de Nico también los tenía cuando era chico. Son como un virus que a medida que su hijo se rasca, se los va contagiando a las distintas partes de su cuerpo. Dejan marcas, pican mucho y deben ser tratados con medicación y crema.

En este caso se observa como la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad. En este caso, debido a una cierta predisposición orgánica existente en el niño a manifestarse a través de la piel, el sufrimiento se expresa mediante eczemas, impétigos y alergia. Su hermana Mechi, también puede dar cuenta de su sufrimiento emocional a través de su piel.

Desde Bick (en Huberman y Rodriguez, 1997) entendemos que la envoltura o piel psíquica del bebé se va construyendo progresivamente, a partir de la función de contención de la madre. Pero cuando existen alteraciones en los cuidados maternos y el niño no siente las partes de su self contenidas, sus angustias comienzan a manifestarse a través de la piel; dando cuenta de las alteraciones en los primeros cuidados ofrecidos por la madre.

En una sesión, el niño le cuenta a la analista: “Tuve un sueño que me caía. Siento la tensión en la panza. Siempre sueño eso.”

Este sueño podría estar haciendo referencia a las angustias de caer que siente el bebé y que probablemente sintió Nicolás cuando era pequeño. Bick (en Huberman y Rodriguez, 1997) plantea que el bebé es inevitablemente confrontado a la discontinuidad, sintiendo “angustias de precipitación”. Las experiencias de rencuentro con el objeto materno permiten calmar dichas angustias. Pero en este caso, las fallas maternas en la función de contención, deben haber hecho que el niño sintiera la angustia de caer, representada en su sueño reiterado.

Marta expresa una extrema preocupación por su hijo, angustiándose por su sufrimiento. Sin embargo, en las sesiones vinculares, ella se muestra irritable con él y a veces algo hostil (a pesar de expresarse siempre de modo muy correcto y justificando sus intervenciones mediante racionalizaciones). Luego cuando ella está a solas con la analista, se muestra desbordada por las demandas de sus hijos y expresa sus deseos de que no requieran tanto de ella, ya que ella no puede consigo misma y menos va a poder con todo lo que le pasa a su hijo. Dice que es por eso que ella pide ayuda terapéutica para su hijo; para que la analista cumpla las funciones en las que ella falla.

Desde Spitz (1965), entenderíamos que la hostilidad inconsciente reprimida enmascarada de angustia materna, podría jugar un papel importante en el surgimiento del eczema de Nicolás.

Gutton retoma esta idea de Spitz, describiendo a las madres de los niños con eczema infantil. “Las madres están dotadas de una personalidad infantil. Su apego por el niño resulta ineludible, pero incluye una <<hostilidad disfrazada de ansiedad>>. Su inquietud exagerada sobrecompensa esta hostilidad inconsciente.” (Gutton, pag. 184, 1983)

IV. *Trastornos funcionales del primer año de vida*

La psicopatología del bebé implica un modelo plurifactorial dado que en el sufrimiento de un bebé intervienen múltiples factores que desencadenaran distintas reacciones defensivas somato-psíquicas (Lebovici, et.al., 1993).

Los trastornos funcionales del lactante se entienden como desviaciones o desintrincaciones del apuntalamiento de las funciones fisiológicas. Se otorga una importancia primordial a la influencia que tienen las actitudes maternas conscientes e inconscientes en el surgimiento de los trastornos funcionales del primer año de vida. (Soulé, en Kreisler, et.al., 1977)

Los trastornos funcionales precoces ofrecen una salida desorganizante y antievolutiva cuando las operaciones complejas que son necesarias para el desarrollo no encuentran las

condiciones ambientales adecuadas. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

Las fallas que se producen en la elaboración de los mecanismos mentales del bebé, se originan en las dificultades existentes en la relación madre-hijo. La madre perturbadora deja de proteger al bebé de estímulos demasiado intensos para él (fallando en su papel protector), o es fuente de estímulos que provocan una agitación eufórica en su hijo (fallando en su papel tranquilizador). (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

“...el sistema de protección contra las excitaciones se estructura sobre la base de las imágenes madre gratificante – madre tranquilizante. De este modo, el deseo inconsciente de llevar nuevamente al niño al estado fetal se imbrica con el deseo consciente de calmarlo, combinando así la represión primaria con un mecanismo de represión secundaria.” (Fain, en Kreisler, et.al., pag 330-331, 1977)

Fain (en Kreisler, et.al., 1977) establece una distinción entre dos tipos de madres y la patología resultante en el bebé:

- La madre psicótica no reconoce a su bebé en la realidad. La falta de contacto con la realidad de la madre influye en las primeras actividades mentales del niño y provocará la tendencia a sobrecalectizar la realización alucinatoria de deseo (y en consecuencia, el autoerotismo). La madre tenderá a provocar trastornos mentales en su bebé (más que psicósomáticos).
- La madre neurótica logra establecer cierto contacto con su bebé. Predomina en ella el criterio de realidad. La angustia de la madre está poco elaborada. Los estímulos contradictorios no están inhibidos, siendo muy desorganizantes para el bebé. La madre tenderá a provocar trastornos y manifestaciones funcionales psicósomáticas en su bebé.

Se establece una salvedad respecto al término “psicósomático” aplicado a alteraciones en el lactante. Fain sostiene que este vocablo debe ser utilizado con reservas cuando se trata de trastornos precoces, ya que en esta etapa aún no existe una organización psicósomática propiamente dicha. Él prefiere hablar de un aspecto “...afectivo-somático para decir que el factor afectivo que rige la dinámica interna de la díada madre-hijo depende principalmente de la madre.” (Fain, en Kreisler, et.al., pag. 139, 1977)

También deberá tenerse en cuenta que, según cuál sea la dotación individual de cada niño (factores congénitos), dependerá la vivencia que tiene de los estímulos (o su carencia)

provenientes del entorno. Algunos niños, por ejemplo, necesitan recibir mayor cuota de suministros narcisistas desde su nacimiento. Necesitan una catectización maternal más intensa. Cuando los suministros narcisistas disminuyen, aumentan las tendencias autodestructivas. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

Se propone realizar una salvedad, una especie de advertencia para que no se caiga en la trampa de culpabilizar e incriminar a la madre por los trastornos de su hijo; sino mantener la perspectiva vincular que implica tener en cuenta el intercambio mutuo y recíproco entre la madre y el bebé. Para ello, citaremos a Soulé:

“Es difícil considerar al recién nacido un ser culpable o tramposo. Hacerlo implica, aquí como en psiquiatría infantil, el enorme riesgo de culpar a la madre, considerada en lo sucesivo como inductora de trastornos y enfermedades, y como madre mala, puesto que enferma a su hijo. En realidad, debemos sin duda disculparla cuando tiene que habérselas con mecanismos precocísimos del recién nacido, los cuales pueden ser innatos o establecerse muy poco después del nacimiento. Razonamos siempre y de manera demasiado exclusiva en términos de una falla o de un defecto en las catectizaciones, sin tener suficientemente en cuenta los defectos y trastornos que podría haber en la dotación del bebé. Por cierto, es imposible hacer una separación real entre la madre y el hijo, puesto que conocemos una función sólo cuando está catectizada...” (Soulé, en Kreisler, et.al., pag. 106-107, 1977)

Hecha esta salvedad, procederemos a describir alguno de los principales trastornos funcionales que se observan en el primer año de vida.

a) Cólicos del primer trimestre

Spitz (1965) vincula la aparición de los cólicos a la hipertonía del bebé, que expresa una mayor necesidad de descargar pulsiones, combinada con una solicitud ansiosa primaria de la madre. Esto implica que la madre trata de calmar cualquier manifestación del niño (interpretada con penosa) dándole el pecho o el biberón.

Gutton (1983) retoma este concepto de solicitud primaria excesiva y ansiosa de la madre, indicando que la misma puede observarse en los hiperfuncionamientos diádicos. La

describe como una particular modalidad de sobreprotección materna, en la que predomina la angustia materna y la respuesta especular del lactante. En estos casos, el bebé carece de identidad propia, no es “oído” como hijo. Debido a ello, la díada no puede desarrollarse en condiciones adecuadas.

Fain (en Kreisler, et.al., 1977) considera que este comportamiento hipernutricio de la madre genera una sobrecarga alimentaria, pero deja insatisfecho el deseo de succión del bebé. Se establecería así un círculo vicioso que puede romperse con el chupete o el acunamiento. El chupete ofrece una satisfacción autoerótica que permite compensar y evitar los efectos desintegradores de la presencia materna. El acunamiento brinda una satisfacción a todo el cuerpo que permite al niño reorganizar su universo narcisista primario (que ha sido desestructurado a consecuencia de la actitud traumática de la madre).

Fain (en Kreisler, et.al., 1977) también observa una marcada pobreza mental de estas madres para elaborar su angustia (pensamiento operatorio escasamente simbolizado). La modulación afectiva de la madre, entonces, es pobre y contiene un componente ansioso desintegrador que constriñe al niño a descargar somáticamente.

Retomaremos el caso presentado recientemente (en el apartado II de este mismo capítulo), para ver cómo las ansiedades gestadas durante el embarazo y luego transmitidas al bebé durante los primeros meses, pueden vincularse a la presencia de cólicos en el bebé.

Claudia está embarazada y hace una consulta diciendo: "Actualmente somos mi esposo y yo, tenemos 4 hijos: Agustín de 9, Luciana de 8, las gemelas Victoria y Sofía (de 2 años y medio) y estoy esperando a Pedro para mediados de noviembre. Entendés ahora, ¡estoy desbordada!"

Durante algunos meses se trabajó su tremendo autoexigencia, que la llevaba a querer desempeñarse casi sin fallas en el ámbito familiar, laboral, social, entre otros. Manifestó el miedo que le provocaba dejar de ser ella misma a partir del nacimiento de su bebé, ya que iba a tener que dejar o disminuir sus actividades por un tiempo.

Se trabajó su particular vínculo con los hombres, viendo que éste le provocaba gran ansiedad y dificultades. La llegada de un segundo hijo varón (habiendo ya

conflictos con el primero) le generaba gran ansiedad y preocupación: “¿Podré manejarlo?” A su vez, el embarazo fue muy buscado por ella, pero no tan deseado por su marido. “Cuando mi marido se enteró que estaba embarazada no lo podía creer, no me habló por tres días”. Este malestar con su pareja la angustió mucho y ella se preguntaba si realmente lo había obligado a tener otro hijo porque ella “había soñado con tener una familia grande, una casa llena de hijos.”

Luego del nacimiento de su hijo Pedro ella dice: “Espero que a Pedro se le pasen sus retorcijones de panza, cólicos. Estoy feliz con la llegada de Pedro. Lo miro y aún no puedo creerlo, todo pasa tan rápido... Por eso me estoy ocupando de super malcriarlo: duerme con nosotros en la cama, está muchísimo upa conmigo y lo llevo a todos lados. Va a ser un mamerazo!!! Todavía no tiene 2 meses...es muy chiquito...ojalá me cuidaran a mí así...”

Y de mí que te voy a decir...estoy agotadísima, no me alcanza el tiempo ni las fuerzas: ...la llegada del bebé, los chicos de vacaciones en casa, mi trabajo independiente (que estoy intentando mantener), me están consumiendo...”

En este caso la ansiedad de la madre es un factor generalizado. Ella busca satisfacer las necesidades de su entorno, de su bebé, pero ella queda agotada en el transcurso (“me están consumiendo”) y necesitaría que algún la cuide como si ella fuese un bebé (“ojalá me cuidaran a mí así”). Claudia necesita sostén y contención.

En este caso se comprueba la hipótesis de Spitz (1965) de que la tolerancia excesiva angustiosa primaria (o protección maternal excesiva) de la madre se vincula con los cólicos del primer trimestre del lactante.

La solicitud ansiosa primaria de la madre y sus dificultades para elaborar su angustia podrían vincularse a la aparición de cólicos en su bebé, Pedro. La modulación afectiva de la madre contiene un componente ansioso desintegrador que lleva a que el bebé descargue somáticamente. Se observa que el acunamiento logra calmarlo y la madre recurre al él con frecuencia (“está muchísimo upa conmigo”).

b) Insomnio del primer semestre

Durante los primeros tres meses de vida, el ciclo sueño-vigilia se encuentra ligado a los estados de tensión y relajación. El estado de quietud que el niño alcanza durante el sueño constituye una expresión del narcisismo primario. La mayor parte de los insomnios del lactante se instalan durante el segundo o tercer mes. Esta etapa coincide con el primer organizador, la sonrisa social. En esta época, el placer y el displacer se encuentran anclados en las necesidades fisiológicas, pero empiezan a dirigirse a un ser humano. (Spitz, 1965)

Uno de los primeros pasajes de lo somático a lo psíquico se da a partir de la libidinización del sueño. Ésto es posibilitado mediante un movimiento libidinal recíproco entre la madre y el hijo que culmina en la catectización narcisista primaria. Ésta se organiza en respuesta al instinto materno. De ello se deduce que la naturaleza del sueño depende de la catectización del bebé por parte de su madre. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

El insomnio del lactante en general revela un conflicto; debido a que la madre no puede cumplir su papel protector, o lo desempeña inadecuadamente. Traduce un estado de sufrimiento agudo del bebé y su búsqueda de descarga de una excitación. En el insomnio precoz la función de “guardián del sueño”, que en los lactantes debe ser cumplida por la madre, debe ser asegurada constantemente. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

c) Mericismo

Constituye un extraño trastorno digestivo funcional del infante. En el lactante, suele comenzar en el inicio o transcurso del segundo semestre. Es un vómito provocado por el lactante que culmina en una rumiación. Expulsa una porción de los alimentos, pero retiene cierta cantidad en la boca y lo mastica durante largo rato, terminando por tragarlo nuevamente. El comportamiento del lactante indica que se encuentra absorbido por la actividad: tiene la mirada vacía, permanece inmóvil. (Kreisler, et.al., 1977)

El mericismo se define como un trastorno en el que existe “... una protorregresión narcisista autoerótica en el que el lactante, por efecto de la ausencia de estimulaciones, o a consecuencia de estimulaciones contradictorias, encuentra en su cuerpo un objeto de autoerotismo (el bolo alimenticio), y erotiza igualmente un disfuncionamiento muscular

que le proporciona cierto dominio y lo sustrae de la pasividad (mecanismo de rechazo).” (Soulé, en Kreisler, et.al., pag. 89, 1977)

Gutton (1983) entiende el mericismo como una patología orificial, que denota un hiperfuncionamiento del cuerpo libidinal condensado en la zona oral. Los autoerotismos bucales son presentados por el niño cuando está solo o cree estarlo. El bebé está ajeno al mundo exterior (desinvestidura de la sensoriomotricidad) y realiza una investidura del interior del cuerpo y del bolo alimenticio en la boca y de las funciones de deglución y regurgitación controlada.

Los autores suelen coincidir en que la personalidad de la madre produce una privación. El mericismo puede ser interpretado como una desviación del instinto oral ante de la carencia de la madre. La patología funcional constituye una defensa contra la privación. Richmond (en Kreisler, et.al., pag. 81, 1977) encuentra en estas madres “una agresividad encubierta por fantasías de muerte centradas en el niño o por cuidados de naturaleza obsesiva, e incluso falta de afectividad”.

El desarrollo de las incitaciones autoeróticas existentes en el mericismo, busca compensar un déficit de suministro narcisista (que proviene principalmente de la madre). El mericismo constituye un comportamiento aberrante. Hay una descatectización del sistema sensorial y una recatectización en el interior del cuerpo con acting out. Lo altamente patológico es el acting out que implica. Cuanto más lucha el autoerotismo contra la ausencia del objeto, más se acentúa el acting out y participa la motricidad. Cuando la catectización materna es pobre, también lo es el narcisismo constituido, y más interviene la actividad motriz en la actividad autoerótica. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

d) Anorexia mental del segundo semestre

Se establece una distinción entre la anorexia habitual simple o común, y las anorexias complejas:

La anorexia simple es un trastorno reaccional frente algún acontecimiento, como el destete, las raciones excesivas, la introducción de alimentación variada, un horario inoportuno para la alimentación. El trastorno de conducta reactivo no afecta la salud del

niño. Éste aumenta de peso y madura normalmente. Si el síntoma logra que la madre modifique su táctica de alimentación, la anorexia desaparece rápidamente. (Kreisler, et.al., 1977)

La anorexia compleja implica un síntoma más intenso. No es un trastorno reactivo, sino una desorganización psicosomática del apetito y el hambre. El bebé se comporta como si el alimento no le interesara. El hecho de que el bebé coma poco no se debe a factores constitucionales. La anorexia grave responde, en la mayoría de los casos, a una relación claramente conflictiva (y a menudo patológica) con la madre. (Kreisler, et.al., 1977)

Soulé (en Kreisler, et.al., 1977) identifica distintas formas que puede adoptar la anorexia compleja:

- i. La anorexia puede adoptar la forma de una prefiguración perversa: el niño desplaza su fuente de placer (de recibir alimento), prefiriendo el placer que le procura rechazar el alimento.
- ii. Otros casos de anorexia permiten pensar en una psicosis: la relación con la madre se encuentra profundamente perturbada.
- iii. Enfermedad psicosomática en la anorexia precoz: la anorexia altera el estado de salud, provocando una disminución de peso. En general no se observan alteraciones psíquicas en las madres. El lactante posee trastornos propios (constitucionales o adquiridos precozmente).

La anorexia mental es un trastorno del comportamiento que implica una traba en la mentalización; ya que un conflicto psíquico es desplazado a las conductas alimentarias. Es por ello que puede predisponer que luego surja un trastorno psicosomático. (Fain, en Kreisler, et.al., 1977)

Los niños que manifiestan una anorexia compleja que no se resuelve, suelen manifestar más adelante: insomnio, conducta opositora, arranques de cólera que pueden acompañarse de espasmo de sollozo, y rechazo a las tareas escolares. (Kreisler, et.al., 1977)

A continuación describiremos un caso que ilustra lo que hemos planteado:

Tobías tiene 10 años. Manifiesta importantes problemas de conducta en todos los ámbitos, no acepta límites ni pautas. Luego de un prolongado tiempo de tratamiento, se observa en el niño una clara configuración perversa, en asociación con su madre. Se ve que hay un pacto establecido entre ellos, donde el padre y su ley quedan totalmente excluidos. Toda actitud opositorista de Tobías le provoca gran placer y es la forma que tiene de vincularse con el otro. Su hermano mayor también tiene la misma forma de vincularse a partir de la lógica de “mi forma de querer es molestar, y eso me da placer”. Tobías niega la falta, y permanentemente quiere mostrarse completo. La madre sostiene esto, idealizando todo lo atinente a su hijo. La madre mantiene una lógica de seducción y negociación con su hijo, pidiéndole que le haga dibujos y le cante a ella, a cambio de que ella le cocine lo que él pide.

Este vínculo con su madre es siempre muy particular. A la noche, la madre le daba la teta hasta quedarse dormida. Cuando fue destetado a los dos años y medio recién comenzó a hablar. Luego del destete no quería masticar. Comía sólo algunos alimentos blandos. Actualmente sigue sin querer masticar y sólo come pocas comidas y con productos de determinadas marcas. Es extremadamente selectivo al respecto y, si sus padres no cumplen con sus requisitos, no come o vomita lo ingerido.

Este caso de anorexia compleja responde a una relación patológica (y perversa) con la madre. En este caso, la anorexia adopta la forma de una prefiguración perversa. El niño obtiene gran placer al rechazar el alimento y generar un malestar en su entorno. Este trastorno del comportamiento no resuelto, con los años comenzó a extenderse a otros ámbitos de la vida del niño. Es por ello que manifiesta conducta opositora y rechazo a las tareas escolares.

e) Vómitos

El vómito psicógeno se aproxima a ciertas anorexias mentales. Con frecuencia los vómitos que se hacen habituales, tienen su origen en una anorexia y la sustituyen. El vómito al final de las comidas, anula el resultado obtenido por la madre. El vómito suele ser

la forma que encuentra el niño de responder frente a un conflicto. (Kreiser, et.al., 1977)

Los vómitos pueden surgir paulatinamente luego de unos meses o presentarse de forma aguda, poniendo en riesgo la vida del bebé. En éste último caso, la conducta autodestructiva es dramática. Existe un conflicto precoz de naturaleza desorganizante. (Fain, en Kreiser, et.al., 1977)

Spitz (1965) considera que los vómitos surgidos durante el tercer mes, constituyen el prototipo de la proyección que el bebé usará más adelante. El alimento recibido por la boca es rechazado y proyectado por la misma vía (la boca). El vómito es, entonces, el prototipo fisiológico del mecanismo de proyección. El niño tiene la necesidad de expulsar el malestar general producido por la introyección de la madre mala y mantenerla en el exterior mediante la proyección.

Gutton (1983) sostiene que el vómito psicógeno del lactante constituye una patología de la excorporación propia de un hiperfuncionamiento del cuerpo libidinal condensado en la zona oral. Normalmente las madres de los niños afectados por ritmias motrices poseen carencias o inestabilidades en los intercambios mutuos con su bebé y suelen ser hostiles a que el bebé juegue y manipule objetos. Esto hace que el niño no tenga otro objeto libidinal que su cuerpo propio.

Éstas son algunas de las alteraciones funcionales que podrán encontrarse durante el primer año de vida. Luego, el desarrollo y el crecimiento posibilitarán modificaciones. Ello queda descrito a partir de la siguiente cita:

“El primer año en su último tramo, cuando aparece la angustia al extraño, constituye, con el segundo, un período de revolución. La autonomía de la función representativa se desprende de las experiencias sensoriomotoras de la edad. En la economía psíquica interviene una nueva fuerza, en virtud de su liberación tras su apego somático inicial: la actividad psíquica. El psiquismo, la mentalización, y en paralelo la simbolización, intervienen como entidad diferenciada, bien pronto principal. Toda psicopatología era somática. La psicopatología nace *in se*.”

(Gutton, pag. 193, 1983)

CAPÍTULO 5: LOS EFECTOS DE LAS FALLAS EN LA FUNCIÓN MATERNA

Luego de haber desarrollado el concepto de vínculo temprano y lo que el psicoanálisis entiende por bebé y madre, nos adentraremos en el análisis de lo que ocurre en el psiquismo del infante cuando existen fallas en la función materna. Ilustraremos los conceptos teóricos propuestos por ciertos autores mediante viñetas clínicas.

I. Gutton – Inadecuación de los cuidados maternos (madre perversa u operatoria)

Gutton (1983) sostiene que en las disarmonías de la díada madre-hijo, no es posible discriminar entre lo que depende de la madre y lo que se relaciona con el hijo. Define las disarmonías madre-hijo como inadecuaciones entre la seducción primaria y el orden de la necesidad del hijo.

Para Gutton (1983) los cuidados maternos pueden tener como objetivo principal la realización del deseo materno sin búsqueda de adecuación a la demanda biológica del niño. Esto implica formas agudas de esta inadecuación. En estos casos, la seducción materna desborda la demanda del hijo, generando una situación traumática, debido a que el bebé queda en un estado de vigilancia permanente. Desarrolla una erogencia excesiva y disrítmica. Las formas agudas de esta inadecuación, contribuyen a disarmonías relacionales y a una dinámica perversa de los cuidados maternos. Así, la necesidad del hijo no es reconocida como tal por su madre, y la conducta de ésta se subordina a su propio placer. Parece como si el niño formara parte del cuerpo materno, quedando indiferenciado. El niño no es tomado como sujeto de deseo. La madre establece una relación de tipo perversa con su hijo, lo cual no necesariamente implica que la madre posea en sí una estructura perversa.

La inadecuación de los cuidados maternos que Gutton describe por la presencia de una madre perversa, se vinculan a lo que Winnicott denomina como predominio de la madre de la pulsión (ver capítulo 3, apartado III). Cuando la madre satisface las necesidades pulsionales de su hijo, dándole todo lo que él desea (ello), pero falla en la posibilidad de brindarle aquello que su hijo necesita (yo), se observa un predominio de la madre de la pulsión. Existe una falla en la función materna que debe satisfacer las necesidades yoicas

(mediante el holding, handling y presentación del objeto), que puedan poner un límite a las pulsiones del ello. La madre del niño se ocupa en exceso de la satisfacción de la pulsión y no tiene en cuenta las necesidades del yo, haciendo que el niño quede excesivamente erotizado. Esta actitud de la madre ronda la perversión, ya que ésta antepone su propio goce a las necesidades de su hijo. (Winnicott, 1971)

Janin (2011) sostiene que esta modalidad materna puede dar lugar a trastornos en la erogoneización del niño. Éste es ubicado como juguete erótico, o como calmante de las propias angustias, quedando el niño erotizado sin ternura. La represión materna no mediatiza el contacto con el niño, y éste queda a merced de la propia excitación y la excitación materna (indiferenciados para él).

Gutton (1983) ubica que otra disfunción en los cuidados maternos puede deberse a que éstos sean esencialmente operatorios. Pueden adaptarse a la demanda biológica del niño pero son carentes de actividad libidinal. Existe una pobreza de la investidura libidinal de la madre sobre su hijo. El quehacer de la madre responde a las exigencias biológicas de su hijo (siguiendo reglas de una determinada puericultura), sin buscar satisfacer el deseo de éste. Cumplen su función operatoria a la perfección, descuidando por ello la relación madre-hijo en su conjunto. El hijo no puede ser fantasmaticado por la madre. El gesto materno se dirige más a calmar al lactante, que a satisfacerlo. El hijo no es objeto de deseo sino de actividad. En este caso la seducción materna es insuficiente respecto de la demanda del hijo. La madre se ocupa de su bebé sin desearlo, generando una pobreza de las actividades libidinales. Gutton sostiene que se trata de lo que Winnicott describe como madre intelectual.

Winnicott (1965) sostiene que si la madre sólo se ocupa de satisfacer las necesidades del bebé, sin libidinizarlo, se tratará de una madre operatoria o intelectual. Se ocupará de los cuidados corporales de su bebé, sin ofrecerle caricias y ternura que lo libidinicen. Esto implicaría un predominio de la madre medioambiente (ver capítulo 3, apartado III).

II. Bion – Fallas en la función alfa y rêverie materna

Bion (1980) ubica dos fallas posibles de la función materna: la falla en la función de rêverie y la falla en la función alfa. Describiremos ambas a continuación.

Si falla la capacidad de rêverie materna, los elementos beta atraviesan a la madre y quedan poblando el espacio formando *objetos bizarros* (aterrorizantes, sin significado) (Bion, 1980).

Si falla la función alfa de la madre, surge la identificación proyectiva excesiva o patológica (implica el fracaso de la identificación proyectiva normal). Esto se debe a que el bebé proyectó los elementos beta, y la madre (debido a fallas en su función alfa), devolvió elementos beta (tal como fueron proyectados). Ya que estos elementos no son asimilables, el lactante se ve obligado a re-proyectarlos. Su aparato psíquico se transforma en un órgano evacuador. Este tipo de identificación proyectiva lleva al yo a expulsar de sí los aspectos intolerables, e introducirlos en el objeto. La madre es un objeto rechazante de la identificación proyectiva; es una madre mala, poco confiable y contenedora, que lleva a que el bebé desarrolle el terror sin nombre (angustia no significable). La realidad se torna dolorosa y persecutoria. Si se intensifica la identificación proyectiva patológica, ésta se realiza sobre el aparato del juicio y la percepción. Se produce una escisión patológica y un paulatino retiro de la realidad. Produce vaciamiento y fragmentación del yo. (Bion, 1980)

Analizaremos la viñeta de un caso que permite ilustrar como la falla en la función materna como protectora y metabolizadora, puede provocar enfermedades e irritabilidad en el bebé:

Cecilia tiene una hija de 7 años llamada Zoe. Está preocupada por ella, ya que considera que tiene una vida muy difícil y necesita ayuda. Ella está separada del padre de su hija, el cual no colabora desde ningún aspecto en la crianza de la misma. Cecilia cuenta con poco apoyo familiar; sólo el de su abuela que vive con ellas. Permanentemente transmite su angustia por sentirse sola y desbordada.

Al referirse al embarazo de su hija ella dice “Tuve muchas peleas con Damián, el padre de Zoe. Nos tirábamos cosas, era muy violenta la situación. Tuve muchos nervios durante el embarazo y siento que se los transmití a ella. Zoe era muy nerviosa como yo; gritaba, lloraba, me mordía. Tuvo espasmo de sollozo.”

Freud (1920) sostiene que la madre desempeña un papel para proteger el aparato mental del niño en la fase inicial de unidad del bebé con los cuidados maternos. La función materna actúa como membrana protectora a los estímulos.

Pero en este caso, el estado de alteración en el que permanentemente se encontraba Cecilia, no le permitía estar atenta a las necesidades de su hija (falla en la función de rêverie), como para poder actuar de filtro de los estímulos del entorno. Incluso ella como madre, le transmitía su propio estado de ansiedad y angustia, no pudiendo cumplir la función continente de las sensaciones de la beba. (Bion, 1959)

Puede observarse una falla la función alfa de la madre (Bion, 1980). Ella no logra contener sus propias angustias e impulsos, transmitiéndoselos a su hija. Entonces cuando su beba proyecta los elementos beta, ella se los devuelve tal como fueron proyectados, rechazando la identificación proyectiva normal de su hija. La madre resulta ser poco confiable y contenedora.

Esto recuerda a la falla en la función de espejo del rostro materno (Winnicott, 1971), en el que la madre le devuelve sus propios estados anímicos al bebé, sin poder identificarse con él.

En este caso podría pensarse en lo que Janin (pag. 40, 2011) identifica como “trastornos en la constitución de ligazones que operen como inhibidoras del desborde pulsional y la descarga a cero”. En estos casos, frente al grito del bebé, la madre estalla y se desborda sin poder contener su propia angustia. La madre no opera como metabolizadora, provocando que en el bebé se refuerce el movimiento expulsivo y desinscriptor.

“A la semana de nacer se quedó sin aire y tuve que internarla de urgencia. Pensé que se moría. Siempre tuvo problemas por broncoespasmos. Estaba siempre ocupándome de que no se enferme. Siempre me sentí muy sola. Estaba muy preocupada por ella, con la facultad y el trabajo. Yo no jugaba con ella, porque tenía que ocuparme de muchas cosas. Recién a los 4, 5 años pude empezar a jugar y compartir otras cosas con ella.”

La preocupación extrema por la salud de su hija, y la falta de disponibilidad de la madre para poder compartir un espacio lúdico con su hija (debido a su desborde), influyen en el

tipo de cuidados maternos que ofrece Cecilia. En este caso, existiría una disfunción en los cuidados maternos debido a que son operatorios (Gutton, 1983; Winnicott, 1965). La madre se adapta a la demanda biológica de la niña pero no puede ofrecerle caricias y ternura que la libidinicen.

Cecilia es una mujer extremadamente impulsiva y nerviosa. Tiene trastornos del sueño y de la alimentación. Posee relaciones conflictivas con sus parejas; actualmente está en pareja con un hombre adicto que la maltrata. Su hija es lo único que la hace recapacitar y cuidarse, ya que ella normalmente se expone a situaciones de riesgo y violencia. Ella confiesa que no sabría qué hacer sin su hija y que es lo único que la frena de cometer alguna locura. Su hija Zoe un día le dice “Mami, tu misión en la vida es volverte loquita y curarte. ¿Qué harías si yo no existiera?”

Aquí se observa que no sólo han existido fallas en las funciones alfa y rêverie materna (Bion, 1980), sino que a medida que Zoe ha crecido, su madre no ha logrado contenerla adecuadamente. Esto ha llegado a tal punto en el que se ha dado una especie de inversión de roles, en el que la hija cuida de su madre, y le da un motivo para vivir y cuidarse. Debido a que la niña cumple funciones de sostén con su madre, podrían observarse características del falso self descrito por Winnicott (ver apartado IV de este capítulo, subtítulo 7. Falso self).

III. Psicosis infantil y fallas en la estructuración psíquica de los niños - Aportes de Winnicott, Aulagnier, Janin y Bion

Winnicott (1965) describe los efectos catastróficos que podrían generar cualquier ruptura brutal o cualquier deterioro del vínculo precoz madre-hijo. La ruptura del vínculo primordial puede provocar psicosis. Esto implica que falla el ambiente. Son los lactantes a los que se dejó caer de manera significativa, que experimentan una angustia impensable o arcaica.

Se ilustrará cómo la psicosis infantil encuentra sus orígenes en las alteraciones graves del vínculo temprano mediante el siguiente caso:

Santiago tiene 7 años. Vive con sus padres y su hermano de un año y medio. Sus padres poseen una relación sumamente conflictiva, con discusiones violentas y permanentes amenazas de separación. Su madre ha sido diagnosticada con un trastorno límite de la personalidad. Es extremadamente agresiva, impulsiva e inestable. Se observa un rechazo de la madre hacia Santiago, lo agrede e insulta permanentemente, patea las construcciones que Santiago hace en el piso con sus juguetes. Cuando Santiago la ve, no la saluda, la ignora. Utiliza frases estereotipadas y se comunica muchas veces utilizando la primera persona del plural. Su lenguaje puede tornarse confuso y bizarro. No posee una buena integración con sus pares. A los 3 años lo etiquetaron con el diagnóstico de TGD Inespecífico.

Según Janin (2011), existen ciertos indicadores que pueden dar cuenta de la existencia de una patología grave en un niño. Santiago presenta varias de ellas: puede diferenciar personas y objetos inanimados, pero puede sentir que los objetos animados cobran vida y se convierten en terroríficos (por ejemplo, se angustia si ve el dibujo de un monstruo). Es torpe en su desempeño motriz: se choca con objetos, no corre bien, tiene dificultades en las clases de educación física de la escuela, se le caen las cosas de la mesa. Hay ausencia de juegos dramáticos ya que no comprende el “como si”: repite estructuras y movimientos a modo de imitación pero no logra un espacio lúdico. Utiliza, por momentos, un lenguaje bizarro (no se entiende de qué habla, mezcla ideas, tiene pensamiento mágico) y otras veces ecolálico (repite frases de la televisión). Realiza actos estereotipados: contar, repite secuencias y reglas. No juega con otros niños, tiene importantes dificultades de integración, y los demás se burlan de él, por considerarlo raro. Confunde fantasía y realidad: sus dibujos tienen el estatuto de acciones en la realidad, la imagen de un monstruo puede ser un monstruo verdadero que lo va a atacar. No puede realizar transacciones frente a la frustración (se enoja mucho o grita). Aborda a los extraños con la misma facilidad que las personas a quien conocen bien.

Santiago presenta fallas en la división intersistémica y en la represión primaria (no hay una clara diferenciación entre consciente e inconsciente, y proceso primario y secundario). Posee un funcionamiento psicótico autodestructivo, al operar des-inscribiendo y expulsando de sí aquello intolerable. Existen fallas en la organización de las zonas erógenas y en el armado de una representación de sí. Este particular modo de estructuración se debe a fallas en los primeros momentos de la estructuración psíquica. Existen agujeros representacionales, un predominio de la identificación proyectiva y un lenguaje confuso y bizarro. (Janin, 2011)

Las fallas tempranas en la constitución del narcisismo en Santiago, influyen en el proceso de individuación, el uso del lenguaje y el juego como expresión de fantasmas mediatizados por el cuerpo y la acción. (Janin, 2011)

La madre le dice que es un conejo con dientes y orejas grandes, que es un conejo feo. El niño llora y grita y dice que no quiere que su mamá le diga conejo. La madre le dice que es un inútil o que es insoportable.

Según Aulagnier (1975), toda madre ejerce una violencia de la interpretación primaria sobre su bebé, al dirigir un discurso al y sobre el infans que implica una primera violación de su espacio. Cuando la madre actúa como portavoz, hablando a su hijo y pudiendo identificarlo como un ser viviente, ella ejerce una violencia primaria sobre él. El discurso materno impone a la psique una interpretación del mundo que implica una violencia necesaria, permitiendo la organización de un espacio al que el yo pueda advenir. Dicha violencia portadora de sentido es estructurante y necesaria para el desarrollo psíquico del niño (ver capítulo 3, apartado VII). La violencia secundaria, se apoya en la violencia primaria, pero constituye un exceso de interpretación sobre el infante, que resulta perjudicial para el funcionamiento del yo.

En este caso, la madre lo ubica a Santiago mediante aspectos negativos; predomina el odio y el rechazo. Existe una violencia secundaria hacia Santiago, un exceso de violencia (que deja de ser estructurante), mediante la cual los padres hacen atribuciones de sentido delirantes acerca del niño. Se expulsa al niño del mundo representacional, predominando el pictograma de rechazo. El niño es privado de todo derecho autónomo de ser, quedando

sujeto únicamente a las interpretaciones delirantes que su madre hace de él. Esta violencia secundaria arrasa con el yo del niño, impidiendo que pueda advenir como ser autónomo. (Aulagnier, 1975)

La madre, debido a sus propios desbordes e importantes dificultades en su capacidad para pensar, presenta fallas en su función alfa, devolviéndole elementos beta a su hijo. Éstos retornan como objetos destructivos a ser evacuados mediante la identificación proyectiva patológica. Al predominar la falla en la función alfa de su madre, Santiago ha intensificado sus mecanismos de identificación proyectiva patológica, produciendo vaciamiento y fragmentación del yo. La posibilidad de conectarse con el exterior está dificultada. La realidad, para él, se torna dolorosa y persecutoria. (Bion, 1980)

Estos padres realizan una proyección permanente de la propia hostilidad sobre su hijo. Al carecer de un metabolizador externo, el niño se atragantó con sus propios afectos, intoxicando al organismo. En los padres predomina la proyección masiva de los conflictos propios en el niño. Lo dejan a merced de un funcionamiento en el que predomina la desinvertidura. (Janin, 2003)

Este niño que ha quedado a merced de sus propias sensaciones y exigencias internas, ha construido un universo que resulta arrasado por las urgencias pulsionales, provocando catástrofes anímicas. (Janin, 2011)

A continuación veremos un caso de un niño que presenta importantes fallas en la estructuración psíquica:

Pablo es derivado por la escuela al psicólogo a los 10 años. El motivo de la consulta, según la madre, es que “tiene dificultad para concentrarse y problemas de conducta. Grita y pega. Golpea las cosas fuerte todo el día. No lo aguanta nadie.” P. tiene problemas de aprendizaje, problemas atencionales, hiperactividad e impulsividad, conductas desafiantes. Necesita control constante por su tendencia a ignorar el peligro y el riesgo. Se observan problemas importantes en el grupo primario de apoyo y negligencia en el cuidado de la madre hacia P. Existen fallas en la estructuración psíquica,

dificultades en el armado narcisista y en la capacidad de inhibir procesos psíquicos primarios.

Los padres de Pablo se separaron durante el embarazo. En ese tiempo, la madre se entera que tiene HIV. El padre muere de SIDA quince días antes del nacimiento de P. Su madre forma nueva pareja y hay actos de violencia entre ellos. Tienen un hijo. La madre duerme con sus dos hijos. El clima familiar es extremadamente violento.

Si vemos qué ocurre detrás de los problemas atencionales y el movimiento excesivo, veremos que en Pablo, la motricidad implica una descarga violenta, una expulsión frente a las urgencias que carece de significado simbólico. Se debe a la imposibilidad de procesar las exigencias pulsionales, que no han podido ser integradas. Él busca expulsar la parte de la pulsión de muerte no intrincada. Si consideramos que la atención sostenida y selectiva se crea en un vínculo al identificarse con otro que libidiniza el mundo, comprenderemos que las fallas existentes en la estructuración narcisista imposibilitan que el niño logre prestar atención y controlar sus impulsos. (Janin, 2011)

En las sesiones, al hablar del colegio y las materias, manifiesta gran confusión mental. En su discurso se observa confusión entre aquellas cosas que le pasan a él y a su madre, denunciando la indiferenciación que existe entre ambos. Al hablar de él, comienza a hablar de su madre, predominando la indiferenciación entre ambos. No existen espacios individuales ni se comparte. P. propone el juego “del contrario” por el cual se escriben las palabras y su opuesto, como modo de encontrar diferencias y oposiciones y construir representaciones.

La madre es una mujer deprimida, desbordada, con escasa tolerancia hacia su hijo, e incapacidad para ponerle límites. La madre necesita ser sostenida y cuidada por su hijo, generando una inversión en la función materna. Debido a ello, se observan en él fallas con el objeto primario, como consecuencia de un holding defectuoso (Winnicott, 1965).

Existen constantes situaciones de violencia familiar. El niño dice que su madre lo insulta y le pega, que ella se emborracha. Ella dice que le pega a su hijo cuando no puede ponerle límites.

En este entorno violento, el golpe reemplaza la caricia y la palabra, los intercambios se realizan cuerpo a cuerpo, borrando las diferencias generacionales y también personales. Mediante el maltrato, la madre desinvieste al niño, ataca los lazos. Las posibilidades de ligar, de formar representaciones, quedan obturadas por la violencia. Podremos encontrar en Pablo un predominio de transmisión de objetos no transformables (elementos beta) debido a las fallas en la función alfa de su madre (por no poseer la capacidad de recibir los elementos beta del bebé y transformarlos en elementos alfa). (Bion, 1959).

IV. Winnicott – Constitución yoica y fallas en el ambiente facilitador

Winnicott destaca la importancia fundamental de la madre en el desarrollo psíquico del niño. Propone que ésta actúa como un “yo auxiliar” que posibilita el crecimiento del infans y que la ausencia de dicha función de la madre obtura el desarrollo del niño:

“Sin este yo auxiliar [la madre], el yo del infante carece de forma, es débil, se lo fragmenta con facilidad, y es incapaz de crecer siguiendo los lineamientos de los procesos de maduración”. (Winnicott, p. 307, 1965)

Las alteraciones en la función materna pueden deberse a dos aspectos diversos: ya sea que la madre no logró adaptarse a las necesidades del bebé en la etapa de dependencia absoluta (ausencia a o falla del “yo auxiliar”); o que la madre prolonga por demasiado tiempo dichas adaptaciones, sin permitir que su hijo logre una dependencia relativa y se desarrolle hacia la independencia. (Winnicott, 1965)

“El bebé puede resultar perturbado por una adaptación estrecha a la necesidad, cuando dicha adaptación continúa durante demasiado tiempo y no se permite su disminución natural, puesto que la adaptación exacta se parece a la magia y el objeto que se comporta a la perfección no es mucha más que una alucinación.” (Winnicott, p. 28, 1971)

Veremos a continuación, la evolución del caso de un niño en tratamiento psicoanalítico cuyas principales dificultades se deben a fallas en la función materna, entendido desde la perspectiva de Winnicott:

Daniel tiene 5 años y 1 mes. Hace un año, la madre (Mabel) realiza una consulta psicológica ya que su hijo habla en tercera persona, los demás no entienden lo que él dice (aunque ella sí lo entiende), no acepta límites ni responde a consignas en el jardín, no dibuja la figura humana, no se quiere quedar solo en el jardín (grita y llora llamando a su mamá) y se enoja mucho cuando alguien le dice “no”. El jardín le sugiere a la madre que haga una consulta y ella accede, muy preocupada. Podríamos pensar qué pasó en la historia de este niño, para comprender las dificultades que tiene en la adquisición y uso del lenguaje, adaptación al ambiente, adquisición de la noción del cuerpo y baja tolerancia a la frustración.

Mabel recuerda una infancia en una villa, haber trabajado desde los 12 años, el abandono de su madre cuando ella tenía tan solo 2 años y el suicidio de su padre hace unos 6 años (1 año antes del nacimiento de Dani). Su padre era alcohólico y ella y sus hermanos se escondían para no ser golpeados. A los 13 años ella se fue de su casa, para trabajar como empleada con cama. Dejó el secundario y lo terminó finalmente a los 40 años. A los 15 años quedó embarazada y su hijo le fue quitado por su madre (que reapareció). Este hijo actualmente tiene 34 años, es adicto y tiene alucinaciones y reacciones muy violentas. Cuando ella tenía 19 años, quedó embarazada de su segundo hijo, de una pareja de la que se separó por infidelidad por parte del él. Cayó en una profunda depresión.

Luego formó pareja con Carlos, un marino alcohólico y violento, que le ha sido infiel siempre. Pelean constantemente, pero ella valora el sostén económico que él le brinda a ella y a su hijo. Ella dice que él es igual a su papá. Su único escape parece ser las salidas al bingo de su barrio. Ella dice que eso es lo único que le hace bien y le permite no pensar en los dolores de su vida.

Ella cuenta que el embarazo de Dani fue inesperado ya que supuestamente su marido era estéril. <<Vino cuando estábamos mal en la pareja, casi por separarnos. Él siempre fue infiel. Yo estaba feliz y él asustado. Decía que no era hijo de él. Me acusó de serle infiel. Me mejoré de la depresión después de que nació Dani. Él es mi salvavidas, me tengo que desprender>>.

Una madre deprimida, que no ha sido criada en un ambiente suficientemente bueno, con fallas importantes en la constitución de su yo, probablemente no contará con los recursos psíquicos para ejercer la función materna que su hijo necesita. Podríamos pensar que Mabel no ha podido actuar como un yo auxiliar; adaptándose a las necesidades de su hijo y luego disminuyendo dicha adaptación, según la creciente capacidad de su hijo para lidiar con el fracaso adaptativo y la frustración (Winnicott, 1971).

Esta madre, tomada por sus propios estados anímicos y preocupaciones, se ve imposibilitada de ejercer su función. No puede identificarse con su bebé, manteniendo a su vez su estado adulto. Falla la función espejo de la madre (Winnicott, 1971), ya que le devuelve sus propios estados anímicos a su hijo.

Cuando el papel de espejo de la madre (Winnicott, 1965) falla, el bebé tiene una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que le dan. Este fracaso materno relativo genera efectos en el bebé. Al principio éste busca conseguir que el ambiente le devuelva algo de sí. Luego el bebé acepta que cuando mira ve el rostro de la madre; la percepción ocupa el lugar de la aperccepción. El rostro de la madre no es un espejo. Algunos bebés mantienen la esperanza y se esfuerzan por encontrar en el rostro materno algún sentido. Otros, estudian el rostro materno para predecir su estado de ánimo y no manifiestan sus necesidades personales. Se aproximan a la patología en la medida en que, al esforzarse hasta el extremo en su capacidad de previsión, se produce una amenaza de caos y el Yo del niño puede retirarse o encapsularse a manera de defensa.

En este caso, Daniel sigue insistiendo en su intento de recibir respuestas afectivas de su madre. En las sesiones le dice: “*Mami escúchame, te estoy hablando*”, “*jugá conmigo, mami*”, “*mirá lo que estoy haciendo*”.

La madre se describe como una “madre-abuela” que le da todos los gustos a su hijo “malcriado”. La madre lo besa excesivamente en la boca y las caricias entre ellos resultan inapropiadas. En una sesión, al despedirse lo saluda con un beso en la boca. El niño se aleja de ella diciéndole “chau” y ella solicita que se acerque y la bese y dice “mmmm que rico beso”. El niño babea constantemente, y chupa el cuello y el cuerpo de su madre mientras está a upa de ella, y le dice “mami tengo un pito grande” y toma la mano de su madre para rozarse.

La madre de Dani, se ha ocupado de la satisfacción de sus pulsiones; brindándole mimos y caricias, dándole los gustos y comprándole todo lo que pedía, lo dejaba dormir cuando él quería e ir al jardín o faltar cuando él lo solicitaba. Fallaba en la posibilidad de brindarle aquello que su hijo necesitaba (yo). El beso que la madre le da a su hijo es deseado por ella, no por el niño. El exceso de erotización es manifestado por el niño. Esto se expresa, por ejemplo, en el babeo constante del niño, indicio de un exceso de erotización oral. Existe una falla en la función materna que debe satisfacer las necesidades yoicas (mediante el holding, handling y presentación del objeto), que puedan poner un límite a las pulsiones del ello. La madre del niño se ha ocupado en exceso de la satisfacción de la pulsión y no tiene en cuenta las necesidades del yo, por lo cual éste se encuentra excesivamente erotizado. Esta actitud de la madre ronda la perversión, ya que ésta antepone su propio goce a las necesidades de su hijo. Por ejemplo, cuando ella lo saluda con un beso en la boca, dicho beso es deseado por la madre, no por el niño, el cual queda muy erotizado. En esta madre, predomina la madre de la pulsión y hay una falla de la madre medioambiente (Winnicott, ver capítulo 3, apartado III). Esto implica una falla en la función que escucha la necesidad del niño y predomina la erotización del niño, por no haber suficiente función de sostén. La madre está orientada hacia la perversión, ejerciendo una erotización sin sostén. (Winnicott, 1965)

Consideremos cómo ha sido el desarrollo del yo de este niño, a partir de fallas ambientales y luego mediante el sostén brindado en el análisis:

1. Integración

Dani expresaba angustia al separarse de su madre y quedarse en el jardín. La madre entraba con él a sus sesiones y se necesitó trabajar mucho para que pudiera aceptar separarse de su madre. El niño exigía que él y su analista estuvieran siempre “pegaditos” y jugar, moverse y ubicarse de la misma manera. Si usaban algún muñeco o juguete, ambos debían ser similares y ubicarse “juntitos” y él decía que los juguetes eran “iguales”.

Todo estaba dentro del orden de lo idéntico, y él no podía existir sin el otro. Cualquier alteración que pudiese modificar esta idea de dos que están fusionados, le provocaba enojo. Se expresaba utilizando la tercera persona del plural, dando cuenta de esta ilusión de fusión. El niño tenía dificultades en la integración yoica, en ubicarse como una unidad, debido a fallas en el holding materno. (Winnicott, 1965)

A partir de la adaptación de la analista a sus necesidades de sostén, la comprensión y puesta en palabras de sus enojos y angustias y la disponibilidad a estar “pegaditos” (fusionados); el niño comenzó a establecer paulatinamente su self unitario. La analista comenzó a “despegarse” lentamente, estableciendo espacios entre los dos, diciendo que no entendía cuando hablaba porque no eran la misma persona, que no siempre podían estar tan pegaditos. Así, comenzó a referirse a sí mismo en la primera persona del singular. Encontraba atributos en común entre objetos, pero ya no eran idénticos en su totalidad.

2. Personalización

Al principio Dani no tenía adecuadamente consolidada la noción de su cuerpo. Esto estaba expresado simbólicamente por su imposibilidad para dibujar una figura humana y cómo tomaba al cuerpo del otro sin registrarlo como separado del propio. Mostrada dificultades en su motricidad gruesa, tropezándose, golpeándose con muebles o paredes al jugar.

De a poco se le fue indicando que los cuerpos de él y su analista eran dos cuerpos separados. Así se ubicó el tipo de contacto físico que podía tenerse y cual no.

Fue logrando una asociación psicósomática (Winnicott, 1965). Comenzó a dibujar personas; tenía más registro de su cuerpo en el espacio, logrando desplazarse en el consultorio con mayor facilidad. Se trabajó con la madre la importancia del registro del cuerpo propio y ajeno y el poder limitar ciertos contactos corporales con el niño, para que no le resultaran excesivamente excitatorios.

3. Relaciones objetales

Debe tenerse en cuenta que el tipo de objeto con el que un niño se vincule, dependerá del grado de integración yoica y de dependencia del niño con su ambiente. Es por ello que entenderemos que al comienzo de tratamiento, Dani veía a su analista como un objeto subjetivo (Winnicott, 1971). Un objeto creado por él, que debía responder a la totalidad de sus deseos, para continuar sosteniendo la ilusión de tener un control omnipotente sobre su entorno. Este tipo de relación objetal se debía a que se encontraba en un estado de poca integración yoica y personalización. Aún no lograba percibir el mundo externo como tal, sino como parte de su creación omnipotente. Se enojaba tanto frente a un “no” de su entorno ya que no podía tolerar aquello que rompiera con su estado de ilusión. Existían dificultades para reconocer al objeto como tal, como algo externo, debido a las fallas en la presentación del objeto (función materna).

Cuando la adaptación a la necesidad del bebé persiste durante un tiempo demasiado prolongado sin una disminución natural, el bebé puede resultar perturbado (Winnicott, 1971). Dani se veía perjudicado por seguir viviendo en un mundo subjetivo rodeado de objetos subjetivos. Su omnipotencia era sostenida de modo ilusorio absoluto: “*yo soy el más fuerte*”, “*soy Ben 10*”, “*yo SABO todo*”. Era importante que esto pudiera ser trabajado en su análisis.

A partir de la presentación del objeto por parte de la analista, el niño pudo ir conociendo el mundo a su alrededor. Dani fue conociendo los objetos que lo rodeaban y sus

propiedades. La madre comentó que ella observaba a la analista y comenzó a entender cómo mostrarle y explicarle las cosas a su hijo.

De a poco Dani pudo comenzar a desilusionarse y reconocer que él y su analista eran objetos separados. Empezó a proponer que él y su analista ocupen distintos roles en el juego. Comenzó a dibujar a su analista y a decir “*te mato*”, “*te destruyo*”, “*te hago explotar*”, logrando una expresión simbólica de los deseos de destrucción del objeto. Pudo establecer un vínculo con la analista que le permitió que pudieran jugar juntos en una relación, en el marco de un espacio transicional. La analista era ahora un objeto transicional, ni del mundo interno ni externo.

“El jugar tiene un lugar y un tiempo. No se encuentra adentro (...) tampoco está afuera, es decir, no forma parte del mundo repudiado, el no-yo, lo que el individuo ha decidido reconocer como verdaderamente exterior, fuera del alcance del dominio mágico. Para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer.” (Winnicott, p.64, 1971)

En las últimas etapas del tratamiento, los ataques contra la analista cedieron, y fueron reemplazados por la búsqueda de un espacio lúdico permanente, con un compartir oscilante. También pudo aceptar cada vez más la disminución en las adaptaciones de su analista a sus necesidades yoicas. En los últimos tiempos, sus pulsiones ya no eran proyectadas en el otro, (“*fuiste vos*”, “*vos limpialo*”, “*lo rompiste*”, “*vos perdiste, yo gané*”). Comenzó a registrar que los enchastres o cosas destruidas eran consecuencias de sus propias acciones y podía hacerse responsable por ellas (“*yo lo limpio*”, “*perdón, lo siento, lo rompí*”, “*¿me ayudás a arreglarlo?*”, “*lo siento que limpiaste vos, ahora limpio yo*”). La analista comienza a ser un objeto objetivo (Winnicott, 1971) del cual puede nutrirse y usarlo.

4. La capacidad para estar a solas

Dani pasó de necesitar estar permanentemente mirado y sostenido por su analista, a buscar distanciarse de ella y encontrar momentos de soledad. Se ponía debajo de la mesa para jugar con sus muñecos, o dibujaba y le decía a su analista “no mires”. Luego, si deseaba retomar el contacto, la interpelaba diciendo “ahora mirá”, o se levantaba y restablecía el contacto visual.

Durante varias sesiones, el niño dedicaba gran tiempo a jugar a solas en presencia del otro (la analista).

Al poder tener la experiencia de estar solo en presencia del otro, Dani pudo construir un ambiente interno. Ahora, Dani ya puede tolerar separaciones prologadas con su analista y jugar a solas. El niño que necesitaba estar pegado, ahora necesita mayor autonomía. Las funciones yoicas más desarrolladas permiten que esto ocurra.

“El paciente que se sentía seguro y viable gracias a la confiabilidad del analista, su adaptación a las necesidades y su disposición a comprometerse, empieza a experimentar la necesidad de liberarse y de conseguir autonomía”. (Winnicott, p. 143, 1971)

5. El gesto espontáneo y la creatividad

Para poder elaborar la separación con su madre, Dani pudo jugar al juego de presencia-ausencia y continuar recreándolo cada vez que ella lo viene a buscar luego de su sesión (él se esconde detrás de la mesa, y se le dice a la madre que su hijo no está, luego aparece por sorpresa y la madre se alegra y lo saluda).

Pudiendo hacer activo lo vivido pasivamente, logra elaborar de forma lúdica la ausencia de su madre. El niño se ha mostrado muy creativo y ha logrado desplegar actividades lúdicas cada vez más elaboradas.

“El gesto espontáneo es el self verdadero en acción. Sólo el self verdadero puede ser creativo, y sólo el self verdadero puede sentirse real”. (Winnicott, p. 193, 1965)

Acompañar el gesto espontáneo de un niño, le posibilita el acceso a la subjetividad mediante el despliegue de su creatividad (Winnicott, 1965). Es por ello que se ha reconocido la creatividad de Dani, al tomar sus producciones gráficas como genuinas comunicaciones, al igual que acompañarlo en transformar descargas motrices (como correr), en juegos (jugar a la mancha). Su verdadero self se expresa mediante la creatividad y el juego.

6. *Análisis modificado*

Las posibilidades de que Dani pudiera pasar del principio de placer al principio de realidad sin una madre lo bastante buena, ha dependido de la existencia de un espacio terapéutico que brinde un análisis modificado (Winnicott, 1965). La analista ha debido adaptarse a las necesidades yoicas del paciente, para favorecer su integración, personalización y reconocimiento del mundo real.

“En este encuadre no se trata de satisfacer o frustrar los impulsos del yo (...) como brindar el respaldo de un yo auxiliar de los procesos del yo. Sólo en condiciones de adecuación del yo los impulsos del ello, satisfechos o frustrados, se convierten en experiencias del individuo.” (Winnicott, p. 316, 1965)

El objetivo del espacio terapéutico ha sido ofrecer un entorno que se adapte a las necesidades yoicas insatisfechas del niño, ejerciendo las funciones maternas y actuando así como yo auxiliar para el niño. También se ha buscado ofrecer sostén y apoyo a la madre, de tal forma en que ella pudiera comenzar a habilitarse como madre y ejercer sus funciones. La madre, a partir de sesiones vinculares, sesiones individuales y la observación del modo de actuar de la analista del niño, ha incorporado un cierto modo de funcionamiento que le ha permitido comenzar a satisfacer las necesidades yoicas de su hijo.

Si consideramos el papel de espejo de la madre, entenderemos que el niño buscaba encontrarse a sí mismo reflejado en el rostro de la analista, encontrando así, una apercepción. En este sentido, gran parte del análisis ha consistido en devolver al paciente lo que ha traído, permitiendo que con el tiempo pueda encontrar su persona, existir y sentirse real. (Winnicott, 1971)

7. *Falso Self*

Winnicott (1965) identifica un tipo particular de patología que denomina Falso Self. La etiología del falso self se encuentra en la etapa de las primeras relaciones objetales. La madre no es suficientemente buena, ya que no logra instrumentar la omnipotencia del bebé de tal forma de poder reconocer el gesto espontáneo del bebé. La madre lo reemplaza por su propio gesto y el infante adopta una actitud de sumisión. Se ve obturada la espontaneidad y creatividad del bebé y se altera la adquisición de la capacidad para el uso de símbolos. La identidad del sujeto se ve falseada por falta de sostén (deprivación) o la

intrusión abusiva del otro. Surge el sentimiento de futilidad. El falso self posee una naturaleza defensiva, ya que consiste en someterse a las exigencias del ambiente para ocultar y proteger el self verdadero.

Retomaremos ahora el caso ilustrado anteriormente (capítulo 4, apartado I.), de la madre con los hijos mellizos. Podría pensarse que la niña, Ema, ha estructurado un falso self en respuesta a las fallas en la función materna.

Algo que se observa claramente desde la primera sesión, es que cuando Ema habla sin expresarse realmente, utiliza un tono de voz agudo, artificial. Son los momentos en los que quiere cumplir con lo que se espera de ella: proponer algo, reír. Se nota también cuando se encuentra imitando a su madre o su hermano. Parece como si estuviese actuando un rol. Sin embargo, cuando se expresa genuinamente, utiliza su tono de voz natural. Cuando algo realmente le da gracia, ríe de forma diferente. A partir de las intervenciones de la analista para favorecer su creatividad y espontaneidad, Ema pudo inventar algún juego o parte de él, de forma espontánea. En estos momentos su tono de voz es más relajado y natural.

Esto es mencionado por la analista en una sesión vincular. La madre comenta que ella también nota esto y dice que le irrita a ella y al resto de la familia que su hija se comporte de esta manera. Explica que quisiera que fuese más espontánea y no imitase tanto a los demás. Incluso la analista observa que cuando Ema se equivoca, algo no le sale en la sesión, la madre logra contenerla y apoyarla con naturalidad. La analista le dice a Elisa que parece que se logra conectar más con su hija cuando se equivoca, cuando no es perfecta. La mamá dice: “es que cuando se equivoca la veo más como una nena. Es más espontánea.”

La madre dice: “Físicamente Ema no se identifica conmigo. Pregunta <¿por qué yo no tengo nada de mi mamá?>. Es como que ella no tiene nada mío. ¿Por qué no puedo tener un poquito más de madurez y entenderla? Para mi es

algo imposible lo de Ema. Tengo miedo de nunca poder. Soy muy negativa. Para mí voy a tener una relación tirante con ella toda la vida.”

Elisa habla en sus sesiones individuales de su tremenda autoexigencia, de que quiere hacer todo perfecto, como Ema. Se trabajas como ella se ve tan reflejada en su hija, que rechaza en ella lo que rechaza de sí misma. Elisa se siente culpable por todo.

Acá se observa claramente como la madre no puede ver a su hija, sino como un reflejo de sus propios conflictos. Le ha devuelto a ella su estado anímico, alterando la función de espejo materna.

En la primer sesión (vincular) Ema dice: “a mi me gusta ayudar a los grandes y arreglar cosas. A las mamás a veces hay que cuidar, como las mamás cuidan a los niños.” Toma los bloques y propone armar algo. La mamá no sabe bien que hacer y Ema dice: “mamá está como tildada”. Elisa ríe y dice que Ema tiene razón. Explica “a veces se nos complica jugar a las dos. Papá dice que somos dos nenas, porque peleamos.” Ema dice: “A nosotras nos gustan diferentes cosas”. La analista les dice que tal vez las puede ayudar a jugar juntas y acuerdan que vendrán a las sesiones para aprender a jugar juntas.

Una sesión viene Elisa con los mellizos. La madre dice: “Ema le dijo a Joaquín que veníamos para aprender como hacer cosas juntas.” Los chicos comienzan a jugar con dos bebés a que lo cuidan. Les dan la mamadera, les cambian los pañales, los hacen dormir. Ema dice a la mamá: “éste es Ema y éste es Joaquín. Te equivocaste antes con los bebés. No me gusta que mamá se equivoque. Quiero que sea una genia como yo.”

Lúdicamente la niña denuncia las fallas maternas en el momento del vínculo temprano. En otra sesión llega a decirle, en medio de un juego con bebés “Sos una mala mamá, no me sabés cuidar”.

El falso self de Ema parece haberse comenzado a gestar en la etapa de las primeras relaciones objetales. Su madre, debido a su depresión, no pudo reconocer el gesto

espontáneo de la beba, remplazándolo por su propio gesto. En consecuencia, su espontaneidad y creatividad quedó obturada y Ema adoptó una actitud de sumisión. Así, ella se somete a las exigencias del ambiente para ocultar y proteger el self verdadero. Esto se observa claramente en el modo en que la madre le exige mucho más a ella que a su hijo varón, reforzando la naturaleza defensiva del falso self.

Con el transcurso del tratamiento vincular, se fue incentivando a la niña a expresarse genuinamente, reconociendo su gesto espontáneo. Pudo dibujar varios arcoíris, diciendo que era su dibujo favorito. La analista le dice que es curioso, porque detrás del arcoíris de tantos colores, hay un tesoro, y que sería bueno poder descubrirlo. La niña dice que es cierto, que nunca se animó a dibujar el tesoro. A la siguiente sesión, luego de haber hablado de esto en casa (ya que la madre también queda sorprendida), Ema dibuja el arcoíris y detrás un hermoso tesoro. Se habla de lo valioso que es, pero que necesita ser escondido y protegido para que nadie se lo quite. La analista dice “qué suerte que acá, donde estamos protegidos y nada puede pasarnos, puede aparecer el tesoro de Ema. Qué importante que es ese tesoro.” La niña se muestra muy contenta de poder expresarse genuinamente.

A partir del reconocimiento del gesto espontáneo de la analista y su función de espejo de la niña, Ema pudo comenzar a expresarse creativamente a partir de su verdadero self. Al trabajar los aspectos vinculares disfuncionales entre ella y su madre, el vínculo mejora día a día. La madre puede conectarse empáticamente con su hija, reconociendo sus necesidades e intentando satisfacerlas.

V. Doltó – Alteraciones en el proceso de castración y el proceso simbólico

Doltó (1984) entiende la patología infantil como la presencia en un niño de pulsiones no castradas, no simbólicas, que persisten en un modo de relación regresivo con el objeto (queda ligado al objeto incestuoso).

Doltó (1973) sostiene que los trastornos en la primera infancia son, en la mayoría de los casos, reacciones frente a las dificultades de los padres o del clima interrelacional del ambiente.

Se retomará el caso planteado en la anorexia mental del lactante (ver capítulo 4, apartado IV) para pensar en la falla en una de las castraciones mencionadas por Doltó, que debe operar en el marco del vínculo temprano (primer año de vida): la castración oral.

Tobías tiene 10 años y los padres consultan por problemas de conducta en el ámbito escolar y dificultades para relacionarse con sus compañeros. No acepta límites ni pautas.

La madre dice que el embarazo de Tobías fue “fantástico”; ella tiende a idealizar todo lo atinente a su hijo. A las dos semanas de tener a Tobías ella empezó a trabajar. A la noche, le daba la teta hasta quedarse dormida.

Tobías siempre durmió con sus padres. Actualmente su madre va al cuarto del niño y duerme con él. Es un tema de conflicto con su marido. La madre dice que su relación con Tobías “es maravillosa”. Así comenzó un vínculo muy particular con su madre respecto a la alimentación y al sueño (entre otros aspectos), que continúa hasta el presente.

Cuando fue destetado a los dos años y medio recién comenzó a hablar.

Antes del destete, su boca había estado completa, llena con el pecho materno. No existía separación boca-pecho, que generase la necesidad de invocar a su madre mediante la palabra.

Doltó, 1984 sostiene que la falla en la castración oral puede encontrarse en niños que no hablan. Debido a que la boca está ocupada con el placer oral, no puede proferir un mensaje mediante la palabra. Esto también se observa en un niño que no quiere bajarse de la falda de su madre, la agarra, etc. Él no desea abandonar del todo su relación incestuosa, dejando su lugar de dueño del cuerpo de su madre. Se trata de un niño mal destetado. Sin ella, todavía no existe.

Luego del destete no quería masticar, comía postrecito. Actualmente sigue sin querer masticar; sólo come fideos tallarines, milanesas de mozzarella, yogur de cierta marca y otras pocas comidas. Cuando Tobías está cansado, no come, y de repente grita “tengo hambre y no me dan nada de comer”. La madre le resulta muy difícil levantarlo a la mañana, entonces le da leche en la cama. El padre cree que tendría que levantarse a desayunar y dice que “da la sensación de que no quiere crecer.” El problema de la alimentación de Tobías le dificulta comer en otros lugares (escuela, casa de amigos), ya que sólo acepta unos pocos alimentos.

En este caso se observa una falla en la castración oral. La relación cuerpo-a-cuerpo con la madre no ha sido castrada. El colecho, la idealización y la exclusión del padre en la relación madre- hijo dan cuenta de ello. La madre lo sigue tratando como un bebé y no permite que el padre interceda haciendo operar la función de corte. No queda inscripta la operación simbólica de dar por perdida la relación oral con la madre. Queda obturado el registro de una ley, una operación que pone límites a las conductas del niño. Es por ello que Tobías manifiesta dificultades en poder aceptar normas, que representen una ley (en el consultorio, escuela, en la casa, con el padre, con amigos).

En la primera sesión Tobías hace un dibujo con dragones. Señala uno diciendo que es el bueno, “éste me lo compré ayer y me lo sacó la señorita porque estaba jugando”. Expresa la pérdida repentina y rápida de algo bueno, porque alguien se lo quitó y agrega “me sentí mal”. Luego toma la masa y le hace agujeros con el lápiz. Al querer escribir con el lápiz su nombre en su caja y al no poder, hace agujeros en ella. Luego le muestra a la analista sus cicatrices y marcas en los brazos.

En esta primera sesión el niño podría estar haciendo referencia a una separación vivida como desgarró, como ruptura que dejó agujeros, cicatrices y dolor. Parece que no pudo elaborarse adecuadamente la separación con su madre.

Doltó (en Saks, 2000) considera que cuando un niño se encuentra en tratamiento es más importante que los padres puedan asumir la responsabilidad del niño y su castración, asumiendo su deseo autónomo de adultos que la evolución hacia el Edipo y la castración del deseo incestuoso genital del niño en cuestión.

El trabajo analítico orientado en este aspecto, puede ser observado en la evolución del caso de Daniel descrito anteriormente (ver el apartado anterior sobre Winnicott) y retomado a continuación:

Al principio Dani no tenía adecuadamente consolidada la noción de su cuerpo: no podía dibujar una figura humana, mantenía el contacto cuerpo a cuerpo con el otro indiscriminadamente y tenía dificultades en la motricidad fina y gruesa. Se enojaba frente a un “no” de su entorno, expresaba gran frustración al perder en algún juego y desmentía la pérdida haciendo trampa para ganar o diciendo que la analista había perdido; se enojaba al no poder controlar un juguete.

En Psicoanálisis la palabra castración da cuenta del proceso que se cumple en un ser humano cuando otro le significa que el cumplimiento de su deseo está prohibido por la Ley (Doltó, 1971). Algo de la ley y la castración no quedaba inscripto en el psiquismo del niño.

La castración simbolígena es generadora de una manera de ser nueva frente a un deseo que no se puede satisfacer de la misma manera que se satisfacía anteriormente. Son un decir o un actuar significativo que constituye ley y que tienen un efecto operativo en la realidad. La madre trabaja con la falta, nombrando y simbolizando a su hijo. (Doltó, 1984)

En este caso se observan fallas en la instauración de las castraciones Oral y Anal:

La Castración Oral implica el “destete” y este movimiento culmina en el deseo y en la posibilidad de hablar. Implica que la madre también acepta la ruptura del cuerpo a cuerpo en que el niño se hallaba. El efecto simbolígeno de la castración oral es la introducción del niño (separado de la presencia absoluta de la madre) a la relación con otro fundada en el lenguaje. (Doltó, 1984)

Al principio Dani expresaba angustia al separarse de su madre y quedarse en el jardín. Llamaba “mami, mami, mami”, casi como invocándola. Su madre debía quedarse con él durante varios meses, hasta que de a poco fue adaptándose a quedarse solo en la sala (aunque aún manifestaba angustia). Al comenzar sus sesiones, su madre entraba con él. De a poco comenzó a realizar actividades con la analista y paulatinamente la madre comenzó a esperarlo en la sala de espera.

La relación con su madre era de un pegoteo corporal excesivo, sin ser necesario el uso del lenguaje para comunicarse. De hecho, la problemática principal del niño radicaba en sus dificultades para hacer uso del lenguaje y separarse de su madre.

Existía una falla en la castración oral, en el destete. La madre buscaba mantener este vínculo fusionado con su hijo, encontrando gran satisfacción en lo compartido con él y en ser la única que lo entendía. La madre no había hecho operar la castración oral.

A partir del trabajo analítico con el niño y su madre, comenzó a ponerse en marcha una operación simbólica que marcaba la necesidad que tenía el niño de expresarse mediante un lenguaje para comunicarse con los demás, y lo inapropiado del excesivo contacto corporal entre el niño y su madre. Desde la función analítica comenzó a operar la castración oral, dando lugar al surgimiento del lenguaje en el niño y la posibilidad de que éste pueda existir separado de su madre.

La Castración Anal tiene dos acepciones: la primera será un segundo destete. El niño será capaz de una motricidad voluntaria y ágil. Se da la adquisición de la autonomía “yo solo”. Esta castración asumida por el niño dependerá de la tolerancia parental de que el niño pueda desarrollar su autonomía en el espacio de juego, libertad y de placer. (Doltó, 1984)

La madre de Dani no permitía que esta autonomía se desarrollase por miedo a que “haga las cosas mal, se lastime o ensucie”, estaba muy atenta a que esto no sucediese realizando ella todas las acciones que podrían significar en el niño mayor independencia.

En el tratamiento se trabajó este punto ayudando y confiando en que el niño pueda hacer cosas por sí mismo. Cuando él traía dos chocolates a sesión para compartir con la analista, ella a través de la palabra fue enseñando a que él pueda darse cuenta que podía abrir solo su paquete y así se fue extendiendo esta actitud hacia otras acciones.

La segunda acepción de la castración anal tiene que ver con la prohibición significada al niño de que su actuar puede ser dañoso para el otro y que no se le hace lo que no le gusta que le hagan. Entonces esta castración significa que está prohibido dañar su propio cuerpo, así como el mundo que rodea al niño por acciones motoras de arrojamiento peligrosas o incontroladas. (Doltó, 1984)

La analista sobrevivió a los reiterados ataques del niño en su afán por destruirla. Pegaba, tiraba cosas, escupía y se enojaba mucho. La analista toleraba esto y le decía en palabras que entendía su enojo, pero que no iba a permitir que él o ella fueran heridos.

Existía una falla en la castración anal por la cual en el niño no operaba la prohibición de dañar al otro. Tampoco cuidaba su propio cuerpo. El trabajo analítico se orientó a instalar dichas prohibiciones, marcando que no era posible lastimarse ni lastimar a otro.

Con el tiempo, el niño comenzó a dibujar a su analista y a decir “te mato”, “te destruyo”, “te hago explotar”, logrando una expresión simbólica de los deseos de destrucción del objeto. En las últimas etapas del tratamiento, los ataques contra la analista cedieron, y fueron reemplazados por la búsqueda de un espacio lúdico. Comenzó a registrar que los enchastres o cosas destruidas eran consecuencias de sus propias acciones (“yo lo limpio”, “perdón, lo siento, lo rompí”, “¿me ayudás a arreglarlo?”, “lo siento que limpiaste vos, ahora limpio yo”).

Paulatinamente fue instalándose la castración anal, con el consiguiente reconocimiento de la responsabilidad por las acciones dañinas al otro, la búsqueda de autonomía y poder hacer las cosas solo y la mejora en el manejo motriz.

El proceso transitado por este niño y tantos otros en tratamiento analítico, puede ser ilustrado mediante las siguientes palabras de Doltó:

“La expresión simbolizada en lenguaje, en una relación en cuyo transcurso el sujeto es reconocido como válido –y por tanto narcisizado por alguien que no desea al niño pero que está al servicio de su desarrollo, respeta su persona y las de quienes son amados por él, padres, educadores, y no apunta a separarlos de ellos—es ya una sublimación para el deseo. La simbolización aleja progresivamente al sujeto del recurso al placer del cuerpo a cuerpo, que eclipsa la relación de sujeto a sujeto. Todo representante de pulsiones ajeno al cuerpo propio del deseante es ya una mediación en el camino del dominio del deseo y de su valorización humanizante, en acuerdo con la ley de vida entre humanos.”

(Doltó, 1984, pag. 118-9).

Doltó (1984) sostiene que, en los casos de mayor gravedad, cuando falla la castración oral, puede surgir la psicosis o el autismo. No se castra la relación cuerpo a cuerpo con la madre y, por ende, no surge el lenguaje. El niño no puede ubicarse como un ser separado de la madre

Doltó (en Guillerault, 2009) plantea que cuando falla el vínculo de encuentro vital, se puede entrar en el autismo. La ausencia de una acogida significativa hablada en el niño, pueden provocar perturbaciones de la función simbólica, desorganización y la pérdida de las imágenes del cuerpo. Habría una ausencia de edificación simbólica por carencia en la comunicación hablada. En el autismo, la presencia simbolizadora de la madre falla en forma sostenida y falta el encuentro significativo con el Otro; el niño queda librado a un aislamiento desolador.

Desde la perspectiva psicoanalítica de diversos autores, hemos podido ilustrar los diversos modos en que las fallas en la función materna alteran el desarrollo psíquico del hijo.

CONCLUSIONES

El vínculo temprano está formado por la díada madre-bebé, a partir del encuentro y unión establecida entre ellos durante el primer año de vida. Madre e hijo constituyen una díada interactuante e indivisible, una unidad relacional, en la que no puede pensarse al bebé sin su madre, ni a la madre sin su bebé. Ambos se crean simultáneamente a partir de este vínculo.

Madre y bebé participan activamente y aportan aspectos propios y distintos que contribuyen a la cualidad de este vínculo asimétrico:

El bebé aporta su bagaje constitucional; posee ciertos factores congénitos que participan e influyen en el vínculo que el bebé establecerá con su madre. Debido a su neotenia, es un ser vulnerable, factible de ser traumatizado. Es por ello que requiere de los cuidados de otro para sobrevivir y desarrollarse psíquicamente. Se puede pensar, entonces, que el bebé depende absolutamente de los cuidados maternos.

La madre aporta sus aspectos conscientes e inconscientes y la acción de la cultura y la represión. El bebé es concebido por su madre desde sus aspectos conscientes e inconscientes, y de ello dependerá el modo en que el hijo sea representado por ella.

Los lazos que unen al niño y su madre y las interacciones fantasmáticas (aspectos inconscientes maternos) son centrales en la evolución psíquica del niño. La madre puede ser el principal facilitador o inhibidor del desarrollo del bebé. Debido a que el vínculo entre el bebé y su madre es tan estrecho, no se puede concebir al bebé sin su madre. El bebé no existe como individuo, sino con su madre. Es por ello que el vínculo temprano establecido con ese otro es necesario para el desarrollo psíquico de todo infante.

En el primer año de vida la función materna se ejerce en el marco del vínculo temprano, acompañando el recorrido que realiza el bebé desde el narcisismo primordial, hacia el proceso de individuación. Posibilita que el bebé primero reciba los cuidados y amor maternos, y luego pueda separarse progresivamente en un camino hacia la autonomía.

La función materna será aquella operación que debe realizar la madre (o un sustituto) para favorecer el desarrollo psíquico de su hijo. Desde distintas perspectivas

psicoanalíticas, se ha descrito en términos de: sostén y empatía (estar atenta a las necesidades del bebé y percibir sus mensajes), protección contra estímulos (membrana protectora), lenguaje (la madre es identificante para su hijo), amor maternal, cuidados maternos, función continente y apuntalamiento.

En el marco del vínculo temprano, el bebé logra desarrollarse paulatinamente, adquiriendo mayor autonomía y diferenciándose de su madre. Sin el papel de la función materna, el desarrollo psíquico del bebé no es posible. La vincularidad influye en el desarrollo psíquico del bebé, posibilitando u obturándolo, según la calidad y cualidad del vínculo temprano.

A partir de todo lo mencionado, puede afirmarse que queda incluida la dimensión de lo vincular en la constitución psíquica del bebé. Del acontecer de este vínculo va a depender el desarrollo psíquico del infante humano y la construcción de su subjetividad.

Es por ello que, tanto para comprender las adquisiciones del desarrollo psíquico, como la psicopatología del lactante, deberá tenerse en cuenta la vincularidad. El desarrollo psíquico del bebé implica que éste adquiere ciertos logros que le permiten mayor autonomía y comprensión de la realidad. Dicho desarrollo depende de los aspectos constitucionales del neonato, la calidad del vínculo temprano, los cuidados maternos que reciba y las características que adopte de la función materna (posibilitadoras u obturadoras del desarrollo del bebé).

El sufrimiento de un niño también puede entenderse a partir de la perspectiva vincular. Se pueden comprender los síntomas y trastornos de algunos niños a partir de la exploración de los aspectos vinculares de su primer año de vida.

Los trastornos funcionales del lactante también deben ser comprendidos dentro de la relación madre-hijo, debido a que son producidos por un disfuncionamiento en el seno de esta díada. La psicopatología del lactante es comprendida en el marco de las alteraciones en la interacción madre-lactante. El exceso de estimulación, déficit de estimulación (carencia libidinal) o carencia de cuidados maternos, son una manifestación del disfuncionamiento de la díada. Esto se debe a que, frente a excesos vinculares y modalidades disfuncionales en el vínculo, el bebé reacciona a partir de una desorganización psicosomática. Es por ello que se le otorga una importancia primordial a la influencia que tienen las actitudes maternas

conscientes e inconscientes en el surgimiento de los trastornos funcionales del primer año de vida.

A partir de las viñetas de los casos clínicos presentados, pudieron identificarse diversos elementos concordantes con las elucidaciones teóricas psicoanalíticas presentadas. A continuación analizaremos los casos en sus aspectos particulares y generales.

A partir de lo trabajado en las viñetas clínicas, se pueden identificar ciertos elementos que están presentes en todos los casos en los que se analiza el vínculo temprano:

1. Aspectos constitucionales del bebé y todo lo que hace al bebé real.

En todos los casos debe tenerse en cuenta que, más allá de que existe una madre con características de personalidad y vivencias propias; también hay un bebé que nace con un bagaje constitucional, que aportará aspectos particulares a la díada. El vínculo se constituirá de modo recíproco y, por ende, no deberá perderse de vista lo que el bebé trae consigo y de qué modo influye en la vincularidad.

Por ejemplo, en el caso de Marta, Nico y Mechi; vimos como éstos niños tenían una predisposición a expresar su ansiedad y angustia somáticamente, mediante alteraciones de la piel. Éstos niños eran además muy sensibles a las reacciones maternas y se mostraban altamente perceptivos a las modificaciones anímicas de su madre. En el caso Lucila, la niña expresaba sus ansiedades no tramitadas mediante convulsiones. En el caso de Valentina, en cambio, los excesos de excitación provocados por una madre ansiosa eran canalizados a través de actividades intelectuales permanentes y taquicardia. Las respuestas de los niños frente al exceso de estimulaciones varía según qué tipo de vía somática esté facilitada en cada uno.

2. Interacciones fantasmáticas en el vínculo temprano.

Con la maternidad, se ponen en juego aspectos inconscientes e infantiles maternos que dan lugar a la particular forma en que la madre concibe a su bebé. En todos los casos, cuando las madres establecen un vínculo con su bebé, ponen en juego sus representaciones inconscientes y preconscious, y sus vivencias infantiles. Dichos aspectos fantasmáticos maternos influyen en la calidad y cualidad del vínculo temprano. No puede analizarse el vínculo temprano, sin tener en cuenta las interacciones fantasmáticas.

En todos los casos presentados, mediante el análisis del discurso materno, pudo pensarse de qué modo la madre concibe a su bebé, cómo habla de él y cómo se siente ella como madre de su hijo. Se buscó analizar de qué modo los aspectos conscientes, preconscientes e inconscientes de la madre se ponen en juego en el vínculo con su bebé.

3. Características de los cuidados maternos – Análisis de la función materna.

A partir de la calidad y cualidad de los cuidados ofrecidos por la madre, puede pensarse en la adecuación o fallas de la función materna. Los cuidados maternos son aspectos conductuales (manifiestos) que permiten inferir las particularidades de la función materna, e identificar la existencia de fallas en la misma.

En todos los casos en donde se analice el vínculo temprano, se deberá pensar en las siguientes funciones maternas que todo bebé necesita que se cumplan durante su primera infancia (y las consecuencias posibles de sus fallas):

La función de filtro posibilita que el bebé no quede a merced de estímulos excesivos desorganizantes. La función de rêverie permite que la madre esté atenta a las necesidades y manifestaciones del bebé, y la función alfa posibilita que ella proporcione una respuesta ajustada a lo manifestado por el bebé.

La función de sostén hace que el bebé se sienta contenido cuando aún no puede lograr un sostén propio. La función de espejo implica que la madre le refleje a su bebé lo que él realmente es, devolviéndole una imagen de sí mismo. La función de portavoz materna, permite también que la madre hable al bebé y del bebé otorgándole significaciones humanizantes. De este modo, mediante el lenguaje, le devuelve también al bebé una imagen de quién es.

La madre debe encontrar, también, el equilibrio entre la satisfacción de los deseos y necesidades del bebé.

Toda falla en alguna de estas funciones, tendrá efectos en la constitución psíquica del infante. En las diversas viñetas clínicas, se ha hecho hincapié en los modos particulares en que ha fallado la función materna y los efectos que ha producido en el bebé; pero en todos los casos se ha debido pensar en las características de la función materna.

4. *Características del entorno que rodea a la díada madre-bebé.*

En todos los casos, la díada se construye dentro de cierto entorno. Las cualidades de dicho entorno podrán favorecer u obturar la constitución del vínculo temprano. Siempre deberá tenerse en cuenta si el marco en el que se constituye la vincularidad ofrece sostén y apoyo a la díada, o si por el contrario, la obstaculiza. La presencia y características del padre del bebé, de la familia extendida, de amistades u otro grupo de apoyo; los mandatos culturales, los recursos que brinda la sociedad o la privación de los mismos (dinero, trabajo, profesionales de la salud, etc.) ofrecen un particular marco en el que se desenvuelve la díada. El entorno podrá profundizar las fallas existentes en el vínculo temprano, o colaborar con su modificación.

En las viñetas clínicas se ha podido ilustrar cómo las fallas de sostén del entorno han profundizado las alteraciones en el vínculo temprano. En el caso Brenda, la ausencia de contención y apoyo por parte de su familia extendida y sus dificultades para pedirle ayuda a su marido, contribuyeron a su sentimiento de desborde y soledad frente al cuidado de su primer hijo. Luego, con su segundo embarazo, al sentirse contenida y acompañada por su terapia, amistades y pareja (ya que pudo pedirle ayuda y apoyarse en él), pudo sentirse más contenida. En el caso Cecilia, la falta de apoyo de su familia y la separación con su pareja, provocó en ella una sensación de soledad que profundizó las alteraciones en el vínculo temprano (ya existentes a partir de la personalidad disfuncional materna).

Todo lo mencionado (en los puntos 1- 4) posibilita comprender las vicisitudes surgidas durante la constitución del vínculo temprano, las particularidades del desarrollo psíquico del niño, cómo se significa al bebé mediante el discurso y de qué modo el cuerpo del niño se erogeiniza.

5. *La comprensión del vínculo temprano se da en el marco de lo acontecido en el espacio de análisis* (de niños y madres), que constituye un espacio transicional (un particular espacio que no es interno ni externo para el paciente).

Se pudo ilustrar como todo tratamiento psicoanalítico de casos en donde hay alteraciones en el vínculo temprano, requieren de un *análisis modificado* (Winnicott, 1965) en el que el analista actúa como un yo-auxiliar, como sostén, tanto para el niño como su

madre. Por ende, más allá de las particularidades de cada caso ilustrado en las viñetas clínicas, las intervenciones de la analista siempre apuntaron a generar un sostén, tanto para el niño, como para la madre. Se pudo observar que, en la medida en que la madre se siente sostenida por su analista, puede comenzar a sostener a su hijo.

A continuación, analizaremos los aspectos particulares de los casos clínicos presentados:

Los casos de Pablo y Santiago dan cuenta de que, cuando la disfunción vincular temprana es grave y no es tratada a tiempo, las alteraciones y detenciones del desarrollo psíquico del niño son importantes. El rechazo materno, las graves fallas de la función materna y la carencia de un entorno que pueda compensar dichas fallas, da lugar a estructuraciones psicóticas o graves fallas en la estructuración psíquica de los niños.

También existen alteraciones en el vínculo temprano, que son menos severas, pero que pueden dar lugar a alteraciones funcionales del lactante, o síntomas y alteraciones en el desarrollo psíquico de los niños. Pudimos identificar tres tipos de alteraciones vinculares: por exceso de apego, por déficit de estimulación y por carencia afectiva.

a. En los casos de Claudia, Tobías, Cecilia y de Valentina, hay un exceso de apego por el cual la madre excita a su hijo y éste reacciona mediante alteraciones somáticas. El hijo no es tenido en cuenta en su individualidad, sino que queda preso de la estimulación materna excesiva (hay un atrapamiento vincular). En el caso Claudia, su hijo reacciona a su ansiedad excesiva mediante cólicos. En el caso Tobías, éste responde al exceso de estimulación materna mediante anorexia mental y conducta oposicionista. En el caso Cecilia, su hija reacciona a los desbordes emocionales maternos mediante enfermedades respiratorias e irritabilidad general. En el caso Valentina, la niña responde a la ansiedad materna con taquicardia y enfermedades a repetición.

b. En los casos de Sandra, de Santiago y de Pablo, el déficit del apego materno llega a un extremo. Entonces la disfunción vincular es por subversión de la función materna. El rechazo y la agresión hacia el hijo se observa a través del abandono o negligencia, el maltrato y la agresión. En el niño, las consecuencias psíquicas son desastrosas. El desarrollo psíquico queda arrasado por las marcas de la violencia y el rechazo. En el caso Sandra su hijo Lautaro manifiesta una conducta antisocial. En el caso de Santiago el niño

hace una estructuración psicótica. En el caso Pablo se observan conductas antisociales y peligrosas, y se observan fallas en la diferenciación yo- no yo.

c. En los casos de Elisa, Dani, Brenda y Marta, se observan alteraciones vinculares por carencia afectiva (ausencia de figuras de sostén). Debido a una depresión materna, la respuesta que el niño recibe de su madre es inadecuada a sus necesidades. En el caso Elisa, su hijo Joaquín responde mediante alteraciones psicósomáticas, mientras que su hija Ema, ofrece una respuesta sobreadaptada y maníaca. En el caso Dani, el niño reclama permanentemente las respuestas de su madre, pidiéndole que los escuche y juegue con él. En el caso Brenda, el niño lloraba y se mostraba irritable, pero pudo ser sostenido por su padre, y luego de que su madre se recuperara, el vínculo madre-bebé pudo rearmarse sin dejar secuelas importantes. En el caso Marta, ambos hijos reaccionan con alteraciones psicósomáticas y emociones depresivas a las rupturas afectivas que provienen de la madre.

En el caso Brenda, mediante el discurso materno, pudo describirse la importancia que cobra el entorno como sostén de la díada madre, bebé. A su vez, dicho caso permitió pensar en la importancia del vínculo que una mujer ha establecido con su propia madre durante su infancia, y el modo en que la cualidades de dicho vínculo se reactualizan en la maternidad de dicha mujer.

En el caso de Tobías y de Daniel, se pudo ilustrar de qué modo puede fallar la castración de la relación cuerpo a cuerpo con la madre, estableciéndose una relación de alianza perversa entre madre e hijo. En los cuidados maternos se observa cómo predomina, la satisfacción pulsional del niño. Así, el hijo no es reconocido como sujeto autónomo con necesidades propias y se obtura la posibilidad de que el niño pueda desarrollarse hacia la independencia. No opera una función paterna que corte la relación madre – hijo, perpetuándose la dinámica vincular disfuncional. El analista busca entonces operar estableciendo límites, acotando la demanda permanente del niño de que se responda a todos sus deseos, y ayudando a la madre a pensar en su modalidad vincular y sus consecuencias.

En los casos de Brenda, Dani (su madre Mabel), Elisa y sus hijos, y de Marta y sus hijos, puede observarse de qué modo la deprivación temprana de estas madres, las inhabilitan en la adultez a ejercer una función adecuada de sostén con sus hijos. La depresión materna surgida luego del nacimiento del hijo, da cuenta de la labilidad emocional de estas mujeres y de la vulnerabilidad en la que se encuentran. Las carencias

afectivas en su infancia, se actualizan con la maternidad, necesitando recibir sostén por parte de su analista, para poder ocuparse de sus hijos y sus necesidades.

El concepto de “vínculo temprano” desarrollado en el presente trabajo, posibilita tener en cuenta la dimensión vincular en la práctica psicoanalítica. Constituye un elemento de importancia para comprender con mayor profundidad lo acontecido en la primera infancia y lo que atraviesan las mujeres durante la maternidad.

Se espera haber podido esclarecer algunas creencias y conceptos sobre el maravilloso y complejo mundo de la primera infancia.

Referencias Bibliográficas

Aulagnier, Piera (1975), “La violencia de la interpretación”, Editorial Amorrortu, segunda edición en castellano (2010), Buenos Aires.

Aulagnier, Piera (1986), “El aprendiz historiador y el maestro brujo”, Editorial Amorrortu, Buenos Aires.

Badinter, Elisabeth (1991), “¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal - Siglos XVII al XX”, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Bion, W.R. (1959), *Una teoría del pensamiento*. En “Volviendo a pensar”, Ed. Hormé, Buenos Aires.

Bion, W.R. (1980), “Aprendiendo de la experiencia”, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Bleichmar, S. (1988). “Indicaciones y contraindicaciones en el tratamiento psicoanalítico de niños”, en Actualización en Psicoanálisis de Niños de la Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Nro.15, Buenos Aires.

Bleichmar, S. (1991). “El concepto de infancia en psicoanálisis (prerrequisitos para una teoría de la clínica)”, en Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, Tomo 1, Numero 1, Buenos Aires.

Bleichmar, S. (1995). “Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños”, en El Lugar de los Padres en el Psicoanálisis de Niños, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Bleichmar, S. (2000). “Clínica psicoanalítica y Neogénesis”, Amorrortu ed., Bs. As.

Bottinelli, M. M. (2003), “Metodología de Investigación, herramientas para un pensamiento científico complejo”, Buenos Aires.

Doltó, F. (1971) “Psicoanálisis y Pediatría”, Capítulo 2, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Doltó (1973), *Prefacio*. En “La primera entrevista con el psicoanalista” (Mannoni), Ed. Granica, Buenos Aires.

Doltó, F. (1984), “La Imagen Inconsciente del Cuerpo”, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Duhalde, C., Leibovich de Duarte, A., y Hoffmann, J.M. (1997), “Vicisitudes del mundo representacional de las madres durante el primer año de vida de sus bebés”. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Año 2, N°2, Buenos Aires.

Freud, S. (1914), *Introducción del narcisismo*, en “Obras Completas” Tomo XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S. (1915), *Pulsiones y destinos de pulsión*, en “Obras Completas” Tomo XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S. (1920), *Más allá del principio del placer*, en “Obras Completas” Tomo XVIII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Grinberg, L., Sor, D. y Tabak de Bianchedi, E. (1976). Cap. II *Psicosis* y III *Pensamiento*. En “Introducción a las ideas de Bion”, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

Guillerault, G. (2009), “Doltó/Winnicott, El bebé en el psicoanálisis”, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Gutton, P. (1976), “El juego de los niños”, Ed. Nova Terra, Barcelona.

Gutton, P. (1983): “El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas.” Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Huberman de Chiappini, C. y Rodriguez de Miyares, A. (1997), “Observación de lactantes. Signos de alarma en el primer año de vida”, Ediciones Kargieman, Buenos Aires.

Janin, B. (1992), “Trastornos tempranos de la constitución psíquica: algunas reflexiones a partir de un caso clínico.” Revista Actualidad psicológica, Buenos Aires.

Janin, Beatriz, (2003) “Urgencia y cronicidad. Patologías graves en niños”, Cuestiones de infancia N°7, Buenos Aires, UCES.

Janin, B. (2011), “El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva”, Ed. Noveduc, Buenos Aires.

Klaus y Kennell, (1978), “La relación madre-hijo”, Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires.

Kreisler, L., Fain, M., y Soulé, M. (1977), “El niño y su cuerpo”, *Primera parte: Trastornos de expresión funcional del primer año de vida*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Kreisler (1983): *Prefacio*. En “El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas” (Gutton), Ed. Amorrortu.

Kreisler (1985),” La desorganización psicosomática en el niño”, Ed. Heder, Barcelona.

Kristeva, J., (2005), “La pasión maternal”, sitio web oficial.

<http://www.kristeva.fr/textes.html>

Lebovici, S., Utrilla, M., Cosnier, J. (1989), “Interacciones terapéuticas”, Cap. III *Interacciones precoces*, Ed. Tecnipublicaciones, Madrid.

Lebovici, S, Diatkine, R., Soulé M. (1993), “Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente”, Tomo 1: Cap. 11 y 12; Tomo 4: Cap. 4; Tomo 6: Cap 1, Ed.Biblioteca Nueva, Madrid.

Marrone, M. (2001), “La teoría del apego: un enfoque actual”, Editorial Pismática, Madrid.

Morici, S. y Armus, M. (2001), “Una aproximación a los fenómenos intersubjetivos en juego en Síndrome de Munchausen por poder”.

www.sps.org.ar/.../Armus_Actividad_cient_fica_20_de_noviembre_2001.doc

Morici, S. (2009), “Primeros vínculos y sus efectos en el desarrollo temprano”, Novedades educativas N°223, julio de 2009. www.noveduc.com

Morici, S. (2011), citada en artículo del diario El perfil, 8 de mayo de 2011, Año VI N° 0570, Buenos Aires, Argentina.

<http://www.diarioperfil.com.ar/edimp/0388/articulo.php?art=16001&ed=0388>

Rodulfo, Ricardo (1989), “El niño y el significante”, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Saks, Aída (2000) “Francoise Doltó, textos inéditos”. Ed. Alianza, Buenos Aires.

Spitz, René (1965), “El primer año de vida del niño”, Ed. Fondo de cultura económica, edición en castellano (2009), Buenos Aires.

Winnicott, D. W. (1965), “Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador”, Editorial Paidós, edición en castellano (1993), Buenos Aires.

Winnicott, D.W. (1969, a), “Escritos de pediatría y psicoanálisis”, Editorial Laia, Barcelona.

Winnicott, D. W. (1969, b), *La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé*, en “Exploraciones Psicoanalíticas I”, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Winnicott, D. W. (1970), *Sobre las bases del self en el cuerpo*, en “Exploraciones Psicoanalíticas I”, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Winnicott, D. W. (1971), “Realidad y Juego”, Editorial Gedisa, Barcelona.

Winnicott, D. W. (1998), “Acerca de los niños”, Capítulo 5, Editorial Paidós, Buenos Aires.