

EL SIGNIFICADO DE LOS SÍNTOMAS EN LA PRIMERA INFANCIA

Fátima Pegenaute*

INTRODUCCIÓN

Para comenzar, querríamos realizar una breve referencia histórica; en primer lugar, para explicar los cambios sustanciales que se han producido, durante los últimos 25 ó 30 años, en el enfoque de los problemas de desarrollo en la pequeña infancia en todos los países del mundo desarrollado y como consecuencia también en nuestro país, y por otro, para hacerles más inteligible nuestro posicionamiento clínico.

En un primer momento, y nos referimos a los años 50 y 60 del siglo pasado, a partir de los conocimientos recientemente adquiridos sobre los fenómenos madurativos del sistema nervioso humano, surge el término ESTIMULACIÓN PRECOZ para englobar todas aquellas técnicas rehabilitadoras, concebidas para ser aplicadas a todos los niños con retraso grave en el desarrollo, con la intención de que estos pudieran mejorar su pronóstico evolutivo, aprovechando las circunstancias favorables de la plasticidad cerebral en las primeras etapas de la vida.

* Psicóloga, Presidenta de la Asociación Catalana de Atención Temprana. Ajuntament de Barcelona Institut Municipal de Persones amb Disminució Equip interdisciplinari petita infància EIPI- Dte. Nou Barris c/ Juan Ramón Jiménez, 4-6 Edifici PAU CASALS 08042 Barcelona.

Esta concepción terapéutica de las deficiencias: físicas (parálisis cerebral, en sus diferentes formas), psíquicas (retardo mental, psicosis de expresión deficitaria, etc.) y sensoriales (deficiencias visuales y auditivas) fueron condicionando la organización asistencial de tal manera que pronto fueron proliferando diferentes dispositivos de atención cada vez mas especializados y específicos para tratar los diferentes tipos de trastornos (Centros para ciegos, sordos, paralíticos cerebrales, retardados mentales, etc.)

Desde esta perspectiva, las intervenciones terapéuticas iban dirigidas exclusivamente a conseguir la mejoría o la desaparición de los síntomas de los niños con trastornos graves en su desarrollo, mediante la aplicación de programas específicamente elaborados.

Esta actitud terapéutica centrada exclusivamente en los síntomas, no solo ignoraba al sujeto sino que conseguía expropiar a la familia, de su función parental, llegando al punto a veces de ordenar el internamiento de los niños en instituciones durante largos períodos de tiempo. Este sacrificio de la función parental era considerado necesario para incrementar la eficacia terapéutica. Los padres en estos dispositivos eran considerados mas bien un estorbo o un obstáculo para las finalidades rehabilitadoras, ya que al poner el énfasis en las técnicas, no se podía concebir que los padres, desprovistos de estos “saberes específicos”, pudiesen contribuir de forma significativa a la mejora de los trastornos de sus hijos.

El cuestionamiento de este enfoque terapéutico no tardo demasiado en producirse. En el año 1964 Maud Manoni, publicó un trabajo de referencia obligada por su importante repercusión. “L'enfant arriere et sa mere”. Esta publicación, fruto del trabajo psicoanalítico de la autora con los niños con diferentes patologías en el desarrollo y en los que habían fracasado los tratamientos rehabilitadores realizados, intenta abordar la comprensión de los síntomas desde la vertiente subjetiva y afirma “el problema que me planteo, no es el de si (un niño) es débil mental o no. Más bien este problema sería

del orden siguiente: ¿Qué es, lo que hay de perturbado en el nivel del lenguaje (en la relación madre-hijo), que se expresa por una camino extraviado, inmovilizando al sujeto en el estatus social que se le adjudica; fijando a la madre en el rol que ella misma se asigna?

Sin embargo, esta nueva aproximación a la comprensión de los síntomas en los trastornos del desarrollo no cristalizó rápidamente en un abordaje diferente por parte de los diferentes dispositivos asistenciales que mostraban fuertes resistencias en la aceptación de este nuevo enfoque. Queremos citar en este punto algunos de los prestigiosos profesionales de nuestro país, de los cuales nos sentimos todos deudores, autores que lucharon decididamente por avanzar en esta visión más compleja de los síntomas en los trastornos del desarrollo. Me estoy refiriendo a la Dra. Julia Corominas y al Dr. Francesc Tosquelles.

En los últimos años, gracias en buena parte al trabajo de estos profesionales pioneros, ha ido ganando terreno, de forma progresiva, este nuevo planteamiento dentro de los dispositivos asistenciales y por esta razón, se pudo acuñar un nuevo término para sustituir el de estimulación precoz. Es así como surge el término de ATENCIÓN PRECOZ que pretende, de una parte desmarcar el abordaje terapéutico de los niños con trastornos en el desarrollo, sea cual sea su origen, de su objetivo exclusivamente rehabilitador y, de otra, atribuir otro rol a las familias en el proceso asistencial, rescatando su función parental que nunca habían tenido que perder.

No tendríamos que destacar tanto este cambio terminológico sino se hubiera acompañado de profundas transformaciones en la organización de los equipos asistenciales para poder hacer frente a los nuevos retos planteados. En este nuevo enfoque, los diferentes especialistas que forman parte de los equipos, aportan sus conocimientos específicos para intentar llegar a una interpretación compartida de los síntomas (trabajo interdisciplinario). Pensamos que, nada más desde esta perspectiva, que no contempla las necesidades del niño ni de la

familia de forma parcializada y troceada, las intervenciones terapéuticas: directas e indirectas, podrán transferir todo el protagonismo al niño y a su familia, en la construcción simultánea e inseparable de las necesarias adaptaciones, tanto en el plano de la realidad externa como aquellas que tienen que ver con su realidad subjetiva, para así poder superar de forma satisfactoria las dificultades que comportan los trastornos identificados.

La red catalana de CDIAP/s (CENTRES DE DESENVOLUPAMENT INFANTIL I ATENCIÓ PRECOÇ) de la que nuestro equipo forma parte, esta involucrada en la atención de los niños de 0 a 4 años, de forma sectorizada, y nosotros participamos, con mejor o peor fortuna, de esta posición clínica.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que todos estos cambios que acabamos de situar en una perspectiva histórica, han ido echando raíces progresivamente en la realidad de nuestro país, entendemos que dentro del ámbito profesional no especializado (pediatras, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, etc.) estas transformaciones no han tenido todavía un importante resonancia, de tal manera que en muchos de los profesionales de la atención primaria de la salud, de la educación o del campo social sigue predominando el concepto de rehabilitación de los trastornos del desarrollo y se piensa todavía en términos de ESTIMULACIÓN PRECOZ.

Esto no tienen nada de extraño, si pensamos que, desde la propia administración autonómica catalana, se han propiciado la creación de dos redes paralelas para atender las necesidades de los niños de 0 a 4 años: la de los CDIAP/s y la de los CSMIJ/s (CENTROS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL). Esta concepción responde, a nuestro entender, a la arcaica idea de que la intervención de las personas con determinados trastornos (las deficiencias) se han de abordar desde una perspectiva rehabilitadora y la de personas que padecen trastornos

mentales, nada mas desde la vertiente terapéutica (psicológica y/o psiquiátrica, como sí fueran categorías de problemas excluyentes de tal manera que ningún individuo susceptible de ser incluido en una de estas categorías, inevitablemente pudiera pertenecer también a la otra. Como dice Maud Mannoni en la obra citada anteriormente “el psicótico era enviado al manicomio. Hoy, el débil mental todavía tienen por destino, ser objeto de alguien o de algo (pasa de la reeducación materna a cualquier forma de reeducación). Puede ser que mañana, encontraremos con mejor precisión el camino que conducirá al débil mental a reconocerse como humano, con deseos no alienantes al otro”. Y añade: “en consecuencia planteo ésta cuestión: No tendrá el débil mental más ventajas si es tratado como un enfermo mental (con una esperanza de recuperación) que inmovilizado en una orientación basada en un déficit capacitario”.

En nuestra opinión, este mañana que vislumbraba como cercano esta autora hace cerca de 40 años, parece que todavía en nuestro entorno más inmediato, es un futuro utópico.

Es por esta razón por la que consideramos conveniente abordar este tema, en un intento de divulgar esta nueva realidad.

EL VALOR DE LOS SÍNTOMAS

En el ámbito médico, se considera que un síntoma es la manifestación subjetiva de un proceso patológico. El origen de los síntomas esta vinculado a alteraciones funcionales o estructurales de cualquier órgano o sistema.

Desde este punto de vista, el síntoma o los síntomas constituyen el material de intercambio entre el paciente y el médico, ocupando la posición central en la relación terapéutica.

El médico patentiza en esta relación, de forma más o menos explícita, su posición para responder a las demandas del paciente, en función de su concepción del acto asistencial, de su experiencia personal y profesional y de la percepción

más o menos consciente y/o inconsciente de lo que puede representar para el enfermo

El paciente adulto puede expresar por el mismo (a excepción que presente algún trastorno que se lo impida) aquello que representa su malestar; explicar, con mayor o menor precisión, como son sus síntomas; manifestar sus sentimientos vinculados con ellos y, además puede ser capaz de relacionarlos con alguna experiencia personal: real o fantasmagórica.

El paciente experimenta un estado de necesidad y se interesa por las manifestaciones de aquello que considera la causa o la expresión de su malestar y espera que el médico le corresponda interesándose también por todo aquello que le afecta y, fruto de este interés, le pueda explicar de forma comprensible aquello que le pasa y le ayude a recuperar su estado de normalidad.

Los síntomas son comunicados por el paciente al médico durante la anamnesis; término que se refiere al recuerdo y a la acción de recordar. Mediante la palabra hablada la persona **llama o invoca a alguno, explica algo al otro y nombra su realidad**. Estas funciones externas a la palabra se corresponden con otras funciones interiores o subjetivas del que habla: la función de compañía, la función tranquilizadora o catártica y la función esclarecedora o de articulación interior, tres sutiles e incipientes funciones terapéuticas.

Existirían dos formas básicas de enfrentar la anamnesis por parte de los profesionales. Cada una de ellas promueve de forma muy diferente la operatividad de estas funciones internas del lenguaje.

La **anamnesis** que podríamos llamar **testimonial**; orienta la entrevista a recoger de forma dirigida y preestablecida, todo aquello que de lo que el enfermo puede ser testimonio, o dicho de otra manera, todo aquello que por su parte es susceptible de contemplación objetiva.

La **anamnesis interpretativa**, en cambio, pretende recoger la declaración del enfermo con relación a todo aquello que en su vida, no es solo testimonio, sino más bien: actor y autor.

Desde esta perspectiva el profesional se mostrara receptivo para escuchar, favoreciendo, con sus intervenciones, que fluya libremente el discurso del paciente, evitando perturbar con preguntas inoportunas, el orden y el enunciado particular de este discurso por parte de su interlocutor.

Para el profesional ha de ser tan importante o más, aquello que puede ser expresado con palabras por parte del paciente, como aquello, que inicialmente, **calla o contradice**.

El silencio puede ser **deliberado**, en el caso de que el paciente deje de ocultar al médico cualquier cosa que considere inconfesable. También este silencio deliberado puede ser debido a que considere –puede ser erróneamente– que aquello que es escondido a su interlocutor es irrelevante para el conocimiento científico de la enfermedad que padece.

El **silencio** también puede ser **involuntario**, cuando no sabe o no entiende aquello que el profesional le pregunta o lo que es más frecuente, no consigue llevar a su mente algo que efectivamente sabe y que, en aquel momento, no recuerda. También el silencio puede explicarse por una incapacidad expresiva del paciente, sea, por que tenga lesionado algún mecanismo neurológico de la expresión, o bien por una deficiencia intelectual o como consecuencia de una inhibición afectiva.

Entre el silencio y la palabra del paciente se encuentra el rico dominio del Gesto y de los elementos preverbales de la expresión (aquello que, efectivamente, se contradice). Estos aspectos no verbales, son fundamentales para comprender la afectividad humana, y por lo tanto, son principales en la Relación terapéutica.

A nuestro entender, todos los profesionales, sea cual sea la disciplina del conocimiento en la que se sitúen, para ejercer un trabajo de atención asistencial, tendrían que conocer, en un grado suficiente, todos aquellos aspectos de la relación terapéutica, para poder ayudar eficazmente a las personas, sujetos de su atención, a hacer frente a su sufrimiento y a protagonizar su curación.

En el caso de los profesionales que atienden a los niños pequeños con problemas en su desarrollo, estos conocimientos que acabamos de señalar son todavía más necesarios, ya que en la relación asistencial se añaden otros elementos que la revisten de una extraordinaria complejidad. Estos elementos particulares en esta situación asistencial son los que abordaremos seguidamente.

LA CLÍNICA CON NIÑOS PEQUEÑOS QUE PRESENTEN PROBLEMAS EN SU DESARROLLO

La actividad consciente del ser humano no está como en el caso de los otros animales, forzosamente vinculada con motivaciones biológicas. De hecho, la mayoría de sus comportamientos están orientados a la adquisición de nuevos conocimientos, a satisfacer la necesidad de comunicación, a ser útil a la sociedad y a ocupar en esta, un lugar determinado, etc. Frecuentemente, podemos observar situaciones en las que la actividad, no solamente deja de subordinarse a las motivaciones biológicas, sino que más bien, entra en conflicto con ellas o, incluso las reprime.

Tampoco está determinada, en absoluto, por las impresiones recibidas del entorno o por las pautas de la experiencia individual directa, es decir por el contenido de las cosas, si no por aquello que el hombre quiere hacer “realmente de ellas y de sí mismo”. Como dice Zubiri “esta determinación del acto en razón de la realidad estimada es justo lo que denominamos libertad”

Finalmente, añadiremos que a diferencia del comportamiento animal que se rige a partir nada más de dos fuentes: los programas hereditarios determinados por su genotipo y los resultados de su experiencia individual particular, la actividad humana viene determinada por una tercera fuente: la asimilación de la experiencia del género humano, creada y acumulada a través de las sucesivas generaciones. La inmensa mayoría de sus conocimientos, artes y formas de comportamiento, no

son el resultado de su propia experiencia si no que se forman mediante la asimilación de la experiencia cultural.

El animal está siempre exactamente adaptado a las exigencias de su supervivencia y del mantenimiento de la especie a la que pertenece. El animal, pues, vive. El hombre en cambio, “vive y pregunta”. Nace en un “no saber” verdaderamente vertiginoso y con la necesidad de encontrar por si mismo, de inventar los medios para su supervivencia, de luchar, de hacerse amo de lo que le rodea. Como dice el poeta Martí i Pol en uno de sus poemas: “solo vive el que pregunta”

Este estado de necesidad del recién nacido de asimilar la experiencia cultural, de construir su “saber” para adaptarse al mundo que le rodea e incluso para poder sobrevivir, determina que durante un largo tiempo de su vida experimente un grado de extrema dependencia en relación a la persona que le cuida.

En la diana madre-hijo, la acción, considerada como movimiento intencional que produce el efecto de transformar o hacer susceptible de transformación al otro, se caracteriza por la reciprocidad y afecta a los dos protagonistas. Por esto, hablamos de interacción. Esta transformación recíproca que implica la interacción, es una transformación somato-psíquica, tónica, emocional, imaginativa y cognitiva.

En esta interacción, una anomalía del niño (real o fantasmagórica) puede paralizar y transformar negativamente la actitud de la madre, así como cualquier anomalía del comportamiento materno (también real o fantasmagórico) obstaculiza el establecimiento de esta relación de base y puede dificultar o impedir el progreso del niño.

En la clínica infantil, especialmente cuando se atienden niños durante los primeros años de su vida, el profesional no tiene ocasión de escuchar el relato de los síntomas por parte del paciente identificado. Generalmente, son los padres, los que se hacen portavoces del estado de necesidad de su hijo.

Así pues, los consultados (el núcleo parental) han de fundamentar la demanda para su hijo, en las ideas que se han hecho respecto a aquello que le pasa al niño y también en rela-

ción a su propio malestar. El material de intercambio en la relación asistencial entre la familia y el profesional, estará constituido, pues, no solamente por los supuestos síntomas del paciente, sino también por los síntomas propios de la familia que vehiculan su sufrimiento y su malestar personal y grupal.

Debido a la relación de estrecha dependencia del niño y de su familia en estas primeras edades de la vida, la madre o cualquier otro miembro del grupo familiar formulan una demanda para el hijo por el cual consultan pero también demandan por ellos ya que se sienten íntimamente implicados (consciente o inconscientemente) en todo aquello que le pasa al hijo, por que como dice WINNICOT: "El niño solo no existe". Además en ocasiones, también hablan por delegación, en nombre de los ausentes que también se sienten implicados, de alguna manera en relación al bienestar o malestar del niño (educadores, otros profesionales, familia extensa, etc).

Es desde esta concepción, del acto asistencial en la clínica infantil, que no tiene ningún sentido una atención dirigida exclusivamente al niño que tome, como única referencia para la intervención terapéutica los síntomas que la familia atribuye al hijo, en su literatilidad. Mas bien, el profesional que adopta esta perspectiva clínica, tendrá que escoger de todo el material sintomatológico que le suministra la familia en las primeras entrevistas, mediante su escucha activa y su interpretación de los datos recogidos en sus observaciones, que es lo que considera propio del niño y que es lo que corresponde a sus cuidadores, y comprender sus hipótesis diagnósticas en relación a como interactúan y se influyen mutuamente los síntomas de cada uno de ellos, en una combinatoria particular.

El profesional ha de huir de caer en ciertos tópicos que tratan de abordar la comprensión de los síntomas desde unos esquemas muy simplistas destinados a evitar tener que enfrentarse a la extraordinaria complejidad de la experiencia asistencial.

El primer tópico consiste en pensar que todo síntoma de expresión somática o psicológica (un retardo motriz, un trastorno de alimentación o del sueño, un retardo en el habla, un

retardo cognitivo, etc) se ha de explicar necesariamente por una falta orgánica. El profesional que piense de ésta manera, prorizara la resolución del enigma diagnóstico haciendo la indicación de realizar toda una batería de exploraciones complementarias, persiguiendo, a toda costa la objetivación de la anomalía orgánica. Si, finalmente, consigue este objetivo tenderá a sobrevalorar el significado de estos elementos objetivos tratando de atribuirles el efecto causal de cualquier síntoma presente y futuro del niño.

Las consecuencias que potencialmente puede comportar esta actitud profesional son, como ya advertía M. Mannoni en el trabajo que citábamos anteriormente, que la familia del niño pueda atribuir definitivamente a su hijo, el estatuto de deficiente, congelando de esta manera, su estructuración subjetiva. En consecuencia, le condenarán a permanecer para siempre, en una perpetua infantilidad. De otra manera, a partir de aquí, la familia, y muy especialmente la madre, consagrara todas sus energías exclusivamente a la reparación de ciertos aspectos instrumentales (logopedia para los trastornos del habla, fisioterapia o psicomotricidad para los síntomas motrices, psicopedagogía para las dificultades de aprendizaje, etc.) para minimizar los efectos de la patología genética, malformativa o lesional identificada y objetivada. En estas condiciones, las familias se muestran extraordinariamente reticentes para aceptar cualquier tipo de intervención que, apartándose mínimamente de su planteamientos, pretenda abordar los aspectos subjetivos de la relación en un intento de permitir la organización del niño como un sujeto para que pueda conquistar el grado de autonomía y de libertad que le sea posible y, así construir su propia identidad y plantearse y desarrollar sus propios objetivos.

Esto que acabamos de decir lo pensamos ilustrar con la siguiente viñeta clínica.

El drama de Marina y su familia se origina cuando a la niña se le detecta a los 8 meses de vida, un quiste aracnoidal temporal izquierdo, que se trató colocándole una válvula de deri-

vacación para frenar la hipertensión intraneal que le producía un incremento acelerado de su perímetro cefálico.

Sus padres (pero muy especialmente la madre) se han que quedado atrapados (con un gran sufrimiento personal) en este diagnóstico, explicativo según ellos de todos los síntomas de su hija y en consecuencia, mantienen a la niña situada en la incapacidad (no habla, no mastica, no juega...) con el pretexto de que aquel quiste y la intervención quirúrgica posterior son la causa de su desgracia.

En nuestro trabajo, es muy importante comprender y, si es posible, intentar modificar el significado de los síntomas de Marina por parte de su familia, para poder llegar a conseguir un desarrollo a todos los niveles y no caer en el entrenamiento de la niña.

Más que en los síntomas en si mismos, es en esta posición deficitaria en que está colocada Marina en la cabeza de sus padres, en lo que nos guiamos básicamente para llevar a cabo el tratamiento.

Los padres de Marina intentan hacer frente a los problemas de su hija centrándose en lo que ellos creen que son las manifestaciones literales de su problema biológico. Han llevado a Marina al servicio de Rehabilitación de su Hospital de referencia, con el objetivo de que se puedan trabajar los aspectos motrices deficitarios (hipotonía, poca estabilidad en la marcha, etc.) con una fisioterapeuta y también para trabajar los aspectos del aprendizaje (reconocimiento de objetos, de iguales, etc.) con una pedagoga. También, y al mismo tiempo, se le hace un seguimiento logopédico para ver como evoluciona en el tema de las dificultades para masticar; les han recomendado unos masajes en las mejillas, según nos dice el padre. Paralelamente a todo esto acuden a nuestro Servicio.

Ante estas actuaciones parcializadas y parcializadoras, tratamos de evitar tomar en consideración los elementos subjetivos del problema. Buscamos desesperadamente, la alianza de los profesionales para afirmarse en su visión de la problemática y algunos de estos profesionales consultados se alían,

dejando creer a la familia que todos los síntomas de la niña pueden ser directamente explicados por la anomalía orgánica diagnosticada.

¿Ante esta actitud de los padres que hace Marina?

Marina privada de su estatuto de sujeto, se sitúa como un objeto a disposición del otro, en una posición de infantilidad permanente; no habla pero señala lo que parece que desea y repite “aaaa”. En las sesiones va haciendo demandas de esta manera, de forma que los otros le ponen cosas a su abasto pero casi no juega con aquello que parecía desear tanto y no disfruta de lo que pide. Marina comprende consignas sencillas y puede hacer en alguna ocasión un juego imitativo pero no simbólico.

Cuando cae, ríe y no da lugar para hablar de sí se ha hecho mal. No busca a los padres para ser consolada. Cuando se angustia por que no la entienden, llora y le cuesta sentirse reconfortada. A Marina, si en algún momento de inquietud, se le cogen las manos para consolarla, se pone a bailar compulsivamente que es lo que le han enseñado a hacer cuando alguien le coge las manos. Los padres, cuando su hija expresa algún malestar, tratan siempre de distraerla con otra cosa. La Marina se manifiesta en su comportamiento como una niña fragmentada a la que le cuesta dar un sentido personal e integrar dentro de si misma, todo aquello que experimenta en las sesiones, por que ni ella ni sus padres le permiten situarse en una relación intersubjetiva, para entender lo que le pasa.

Otra situación clínica bastante frecuente consiste en considerar la sintomatología derivada de un problema biológico perfectamente identificado como el único y exclusivo objetivo del tratamiento, ignorando el hecho que, como cualquier otro sujeto, el niño con una hemiplejía congénita, por ejemplo, en tanto que hijo de una pareja parental tendrá que enfrentarse no solo a su deficiencia física para superar sus discapacidades motrices, sino también se verá influenciado en su proceso de organización psíquica por los conflictos de la parentalidad que, a la vez y, en otras cosas, determinaran positiva o negativamente el pronóstico de su discapacidad física.

Como dice Francisco PALACIO ESPASA: “Llegar a ser padres representa para los jóvenes adultos, una serie de cambios psíquicos en su mundo interno bajo la presión de lo que llamamos “duelo del desarrollo” el cual han de afrontar”.

Este duelo implica dos tareas: renunciar al lugar del hijo ocupado hasta aquel momento respecto a sus propios padres e identificarse con ellos con la finalidad de funcionar como padres

El resultado de este proceso, que este autor define como “conflicto de parentalidad” y que constituye un elemento fundamental para la organización o desorganización de la vida psíquica de un niño, puede dar lugar de forma muy esquemática a un conflicto de parentalidad normal, neurótico, masoquista o narcisista.

He aquí, el segundo tópico que queríamos comentar (la ignorancia de los conflictos de la parentalidad en el tratamiento de los problemas físicos de los niños), del cual, aportamos también una viñeta, extraída de nuestra experiencia asistencial.

Kevin es un niño que en el momento de la primera entrevista, tenía 2 años de edad. La demanda inicial de los padres se orientaba a la búsqueda de un tratamiento de fisioterapia, por que a su hijo le habían diagnosticado una hemiplejía congénita derecha. Los padres son de origen colombiano y viven en Barcelona desde hace un año. Cuando consultan a nuestro Servicio, nos dicen, refiriéndose a su hijo: “prácticamente no tiene movimiento en la mano derecha, está estancado”. Ellos se dieron cuenta, a los 3 meses de vida del niño, de la dificultad que presentaba en el movimiento espontáneo del hemicuerpo derecho y habían de iniciar un tratamiento fisioterapéutico en su país de origen.

Kevin habla poco para la edad que tiene y cuesta entender lo poco que dice. Parece que la comprensión es buena pero, no siempre o casi nunca, está dispuesto escuchar lo que le dicen los demás. Le cuesta mucho separarse de sus progenitores para explorar el mundo y para disfrutar de los juguetes que se le ofrecen.

No tiene integrado el brazo derecho a su esquema corporal y nada más utiliza la mano derecha en situaciones de imposibilidad para manipular los objetos tan solo con la mano más débil.

Hemos observado que los padres le permiten que tome la leche con biberón mientras se espera para entrar a las sesiones y explican que duerme en el mismo dormitorio de la pareja parental y que frecuentemente cuando se despierta se mete en la cama de los padres y estos se lo permiten.

Cuando nos interesamos por los motivos por los que le consienten todas estas cosas, ellos se justifican diciendo que es una costumbre en su país. Mas adelante, nos dirán que lo dejan entrar en su cama por que el niño tiene miedo.

El padre expresa finalmente que no quiere que su hijo padezca y que, por ello, le consiente ir a dormir a su cama y otras cosas como: continuar bebiendo leche en el biberón, comer purés, darle de comer en la boca, comprarle todo aquello que pide, etc.

La mamá puede expresar que es una dificultad de su marido, esta necesidad de complacer al niño en todo y no poder poner límites.

El papá puede decir en una entrevista posterior que el le consiente mucho y dice literalmente “yo a este niño lo siento como muy adentro, como si fuera un pedacito de mi “. Explica que tuvo una infancia desgraciada, vivida con muchas carencias y expresa que nunca se sintió querido por alguien. A partir de su adolescencia, fue un niño de la calle y vivió al margen de la ley sin importarle si había de matar a alguna persona. Añade, que su actitud ante el mundo cambio cuando nació su hijo.

Interpretamos en este registro del conflicto de parentalidad al que acabamos de hacer referencia, que el padre de Kevin, por un lado, necesita ver en su hijo, el bebé satisfecho y estimado que el no pudo ser. Se siente identificado y confundido con su hijo, y por eso, lo vive como si fuera “un pedacito de mi”. En consecuencia, trata de evitar, como sea, contradecir y

hacer enfadar a Kevin, no sea que Kevin le pueda hacer los mismos reproches que el dirigía a sus padres: “no me han querido nunca”.

Por otro lado, debido a esta identificación masiva de este hombre con su hijo, el debe sentir que la alteración motriz de Kevin de origen congénito, es posiblemente la penitencia que su hijo ha de pasar por su “pecado” de vivir al margen de la ley y de delinquir. Probablemente, por este miedo de que su hijo no se constituya como el expiatorio de su culpa, trata de cambiar, radicalmente, su vida desde el momento en que se convierte en padre.

En las sesiones de tratamiento, Kevin se muestra con una persistencia extrema, muy dependiente de su padre y rechaza cualquier intento de la fisioterapeuta de entrar en relación con él, a pesar de que esta, tenga cuidado de no ser demasiado intrusiva y evitar cualquier tipo de manipulación de su cuerpo hasta que el niño pueda aceptarlo. Después de esta entrevista en la que el padre puede hablar de su conflicto, la situación en las sesiones de tratamiento experimenta un cierto desbloqueo. A pesar de nuestra indicación de continuar este trabajo de elaboración del conflicto de parentalidad masoquista del padre de Kevin y de haber aceptado inicialmente nuestra propuesta, por desgracia no ha sido posible, continuar las entrevistas.