CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Reunión científica. Madrid, Noviembre 1987.

F. CABALEIRO	Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapéuta infantil
R. GADDINI	Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido dilema de la supervisión
L. J. MARTIN	Identidad y formación en psicoterapia infantil
J. M. TOUS y M. T. MIRO	Las ansiedades del terapeuta nóvel. Algunas consideraciones sobre su formación: La supervisión
D. A. LUCIANI	Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro de Anna Freud
	DEBATE
	* * *
M. PEREZ SANCHEZ	Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis
A. MANCHON, M. ILLAN M. GALIAN MUÑOZ y G. RODRIGUEZ	«El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica

N.º 4 1987

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:

M.ª del Valle Martín (Madrid)

Vicesecretario:

Luis Martín (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Isabel Gómez (La Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:

Marian Fernández Galindo

Comité de Redacción:

L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:

Marian Fernández Galindo
Numancia, 24
28039 Madrid

VALORACION DE ALGUNOS INDICIOS DE RIESGO DETECTADOS EN LA OBSERVACION DE BEBES PARA LA COMPRESION DE LA PSICOSIS

Por Manuel PEREZ SANCHEZ

Según señalan algunos autores, entre ellos H. Rosenfeld (5), las reacciones esquizoides en niños pequeños se suelen pasar por alto, por eso a la hora de realizar la Historia Clínica se obtiene la vaga información de que el paciente en otro tiempo fue un bebé «particularmente bueno». Sin embargo, los datos que obtenemos de la observación de un bebé en la relación con su madre y su medio ambiente son muy diferentes. Podemos apreciar de qué manera la madre, el padre, o la familia, niegan o no pueden percibir una situación que, por su naturaleza, es particularmente angustiosa. Como consecuencia, los padres o la familia toman una actitud de rechazo o retirada inconsciente hacia el bebé, hasta que éste se adapta, como puede, a las condiciones penosas que está viviendo, o recurre a medidas de alivio extrañas, que le convierten en este «bebé particularmente bueno». De esta manera, se puede incluso llegar a conseguir un cierto equilibrio precario, pero a nuestro entender se han creado las bases para que el proceso patológico pueda asentar sus raíces y, posteriomente, cualquier acontecimiento traumático lo pueda poner en marcha. Los padres oprimidos por la culpa, en muchas ocasiones, no suelen ser capaces de ver y menos de comunicar estos indicios.

El especialista ha de estar alerta para desentrañar y

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

reconstruir a través de los síntomas la historia del desarrollo temprano, tanto para conocer o desvelar el significado de las conductas extrañas, como para planificar el tratamiento y cuidado del niño. Esta tarea ha de realizarla el especialista, con esmero, cuidado y paciencia, con objeto de obtener primordialmente la colaboración de los padres, que se han desvinculado razonablemente del niño, ante las manifestaciones extrañas.

Por nuestra experiencia en la observación de bebés, hemos llegado a la convicción de que los elementos generadores de vida y de vinculación, son los dominantes en las primeras relaciones, lo que justifica la actitud confiada de pediatras y psiquiatras infantiles, ante algunos temores de los padres, respecto a algunas manifestaciones que puedan surgir en el curso del desarrollo. Pero es a su vez esta creencia en el origen precoz y dinámico de las relaciones humanas y su patología, la que nos hace valorar cualquier indicio de riesgo, sin alarmas, pero con actitud abierta y reflexiva, ante cualquier comportamiento en las relaciones precoces, tanto más cuanto que las psicosis, por su naturaleza, son desvinculantes o deterioran las relaciones, que son el origen de la fortaleza y la salud.

Frances Tustin (6) enfatiza la necesidad de investigar meticulosamente el daño psíquico y no contentarse con comprensiones globales, en términos tales como que la madre o el bebé no son receptivos o sensibles. Ella añade, que si queremos poder ayudar a estos niños handicapados, necesitamos tener «insights» detallados de su naturaleza, estudiando las emociones elementales asociadas con los inicios de la percepción y de las formas en que la percepción puede ser bloqueada y distorsionada.

Aunque hemos apreciado múltiples indicios de riesgo,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

que se refieren a la alimentación (defectos en la succión, vómitos, anorexia), interés excesivo y extraño por los movimientos de la lengua dentro de la boca, insomnio agitado con gritos, o insomnio con el niño calmado con los ojos muy abiertos, falta de sonrisa, falta de coordinación motora, no fijación de la mirada en el rostro de la madre, desinterés general, o atención muy dominante a las propias sensaciones corporales, etc. Nosotros vamos a describir sólo algunas de estas manifestaciones, junto a otras menos evidentes, en un solo caso dentro de su evolución en el contexto relacional, en el período de los tres primeros meses.

La no metabolización de sensaciones y emociones del bebé por parte de la madre.

En primer lugar intentaremos ver que un insuficiente intercambio emocional entre el bebé y la madre impiden la metabolización de sensaciones y emociones y como consecuencia, estas sensaciones y emociones pueden tomar caminos equivocados, distorsionados y ser la base para el asiento de determinadas patologías.

El bebé Mario, de quien les voy a hablar, es el quinto de la familia, el mayor tiene seis años. La madre posterga la primera observación hasta después de Navidad, argumentando que tiene mucho jaleo con los preparativos de las fiestas.

«En la **primera observación,** Mario tiene **un mes y seis días,** la madre y el hermanito José, de un año y cinco me-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

ses, reciben al observador. Ella se dispone a dar el pecho a Mario que está **somnoliento,** con los ojos semicerrados. Se lo coloca al pecho izquierdo y el bebé mama, mientras la madre explica, que cuando el observador llamó antes de Navidad estaba desbordada por las fiestas, todos los niños en casa y además con una gran preocupación, porque el médico de la Seguridad Social le había dicho que tendrían que operar a Mario por una hinchazón en el ombligo, pero su pediatra lo pudo resolver con unas curas; recuerda las tribulaciones sufridas con José, que tuvo que ser operado del píloro con pocos meses. Pasa a interesarse por la observación y exclama sobre qué es lo que se puede observar en un niño tan pequeño, porque cuando ya tienen seis u ocho meses ya es algo distinto.

La madre retira al bebé del pecho izquierdo donde **mama sin mucho vigor,** pero tranquilo. Luego sobre su falda Mario **hace gestos lentos,** mueve sus brazos en suave balanceo de arriba abajo, las manos en forma de puño se mueven también lentamente, **la cara arrugada,** los ojos semicerrados, hace movimientos con la boca como de estar mamando, echa un poco de leche..., abre sus ojos y queda **mirando al frente.** La madre lo coloca al pecho derecho y mama con movimientos rítmicos. El hermanito José, que había intentado llamar la atención de la madre, insiste en tocar al bebé, por cuya razón la madre le riñe, el bebé hace gestos con la nariz y se le escapa el pezón por unos segundos retomándolo en seguida. El hermanito José entretiene ahora a la madre con el juego de esconderse y aparecer. Mario empieza a reproducir unos **sonidos en el interior de la boca,** hasta que se aleja del pezón y sigue moviendo la boca; la madre con la ayuda de los dedos de su mano izquierda le sujeta el pecho y le introduce el pezón al tiempo que se pregunta: «qué le pasará?». José vuelve a tocar al bebé y éste que ha vuelto a mamar

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

con mayor rapidez y fruición, hace un **sonido agudo y contenido,** como de: **«iiiiii»,** abre sus labios, deja salir el pezón, se aleja un poco de él y hace gestos con su boca, abriéndola y cerrándola, agita sus brazos hacia arriba, se escucha el comienzo de un llanto y sonido del tipo iiiiii muy agudo. La madre lo toma con sus dos manos frente a ella y le da golpecitos en la espalda preguntándose qué le pasará. Mario se pone rojo, hace gestos con la boca, arruga la nariz, mueve todo su cuerpo. La madre, golpeándole la espalda, afirma que no suele pasarle esto. A los pocos segundos el bebé echa un erupto y prorrumpe en un **llanto apagado,** moviendo manos y brazos... La madre intenta de nuevo meterle el pezón, él abre la boca y lo roza sin succionarlo, mueve sus labios pero no llega a tocarlo, ella le mira y le dice: «¡vaya! ahora no lo quiere». La madre, preocupada, se coge el pezón con sus dedos y toca en movimientos circulares los labios del bebé, quien ahora cierra la boca, los ojos, empieza a chupar y con sus dedos toca el pecho de la madre.

Vuelve José y la madre le entretiene con una canción y movimientos de su mano libre, Mario cierra más los ojos, arruga la boca, la nariz, abre los labios, deja salir el pezón y llora. La madre lo levanta, lo vuelve a poner al pecho y él acepta y mama, ella se da ánimos diciéndose que ahora sí lo coge, le mira unos segundos para preguntarse que por qué puede estar hoy así, Mario. Después de unos minutos al pecho, la madre lo retira y lo coloca sentado sobre su falda, José intenta subirse también en el regazo, ella se lo impide, pero cruza sus pies para ofrecerle a José que se suba sobre ellos para jugar al caballito. José se mueve con violencia que repercute en la madre y en el bebé, quien empieza a arrugar la cara, gesticular y llorar. La madre decide parar el juego que hace con José y cambiarle los pañales al bebé. Sobre la mesa, Mario que-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

da como **paralizado**, sin moverse, los ojos abiertos dirigida su mirada hacia atrás, ignorando la presencia del observador que está delante.

Ante las operaciones de limpieza de la parte inferior del cuerpo, el bebé **permanece quieto.** Después la madre lo coloca en la cuna, él está boca abajo, alterna el **colocar toda su cara en el colchón** o bien apoyarse sobre su mejilla izquierda o derecha. Cuando tiene su cabeza apoyada sobre la boca y la cara se oye una especie de llanto apagado, su mano derecha está cerca de la boca, pero no llega a tocarla. La madre se marcha a otras habitaciones, Mario lloriquea, calla al apoyar su mejilla derecha sobre la cuna, abre la boca, vuelve a lloriquear en el centro, se calma sobre la mejilla izquierda y así...

Termina la observación, el observador sale, se encuentra con la madre, quien hace referencia a que el día que hablaron por teléfono antes de Navidad y que ella se mostró fría, fue porque tenía mucho follón, pero insiste en que no le importa que el observador asista a su casa todo el tiempo que lo desee.

No podemos detenernos en hacer un estudio detallado de todos los pormenores de la observación que les he resumido, pero sí les mostraré algunas pautas.

En primer lugar nos encontramos con una madre que no ha podido recibir al observador pronto, por encontrarse abrumada con los hijos en casa y angustiada con la anunciada operación de Mario, por lo que alegando razones externas posterga la observación un mes. Ella misma tiene muy poca convicción respecto a que se pueda observar mucho en un niño tan pequeño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

No obstante, mientras la madre establece un contacto cercano con el observador y puede explicarle más claramente las razones de la postergación el bebé mama, es cierto que con poco vigor, pero tranquilo. Es decir, que la experiencia del bebé al pecho, cuando la madre se siente atendida y en relación con el observador, es buena.

En el segundo pecho le experiencia continúa siendo buena, pero José empieza a interferir más activamente y la madre que se siente dividida ante su demanda, junto a la intranquilidad del bebé, que no sabe lo que le pasa, en lugar de esperar, se decide por estimular al bebé con golpecitos en la espalda. Estos estímulos intensifican lo que empezó a ser una mala experiencia con la madre, o con el pecho, por lo que en lugar de disminuir el dolor lo incrementa, apareciendo el enrojecimiento, la tensión y el llanto apagado, no vital. Así que al acercarlo al pecho, **él roza el pezón pero no lo puede apresar con sus labios,** para sostenerse con él, o incorporarlo.

La madre, asistida por la presencia del observador, es capaz de dejar a José y ocuparse de su tarea de una forma más imaginativa, estimulando dulcemente con su pezón los labios del bebé. Es entonces que él puede agrarrar el pezón con sus labios, al mismo tiempo con sus ojos que cierra y las sensaciones de contacto en los labios, se transfieren a las manos, con las que toca el pecho, por lo que podemos hablar de una experiencia de incorporación o introyección más global del pecho y su función integradora. Ahora bien, en el momento que la madre le deja mamar sólo para ocuparse del hermanito José, él suelta el pezón y empieza a llorar, porque él necesita al pecho, junto con la mente de la madre para poder digerir esta experiencia. La canción y los movimientos que la madre dirige al hermanito y que no son para él, son estímulos que entran

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

por su oído y por todo su cuerpo, incrementando su mala experiencia. La madre vuelve a ponerse en contacto con él y reacciona bien. Al volver José a interferir con el violento juego del caballito, da muestras de desagrado y llora, es como si volviera a entrarle la dolorosa estimulación, estímulos que le quitan o interfieren su relación con la madre.

Al dejarlo sobre la mesa para cambiarlo él queda paralizado, sin moverse, asustado, ha perdido la contención de la madre y cualquier movimiento o estímulo se le hace doloroso. Luego en la cuna realiza movimientos con su cabeza apoyándose sobre su mejilla derecha o izquierda con lo que puede calmarse, pero cuando aplasta su cara es como si volviera sobre sus propias sensaciones corporales, que le producen malestar y le hacen sentirse abandonado.

Finalmente la madre, en el transcurso de la observación, se torna más receptivo, ganando en sensibilidad. Presumimos, que esta madre, que ha tenido cinco hijos y el mayor tiene seis años, ha debido tener poca disponibilidad física y psíquica para ayudar a que sus hijos pudieran vivir sus propias sensaciones y emociones de una manera más amplia. Por el contrario estas sensaciones o emociones, al no ser debidamente contenidas o elaboradas han debido seguir caminos extraños, como nos parece que sucede con Mario.

Como dice Bion (1), estas sensaciones o emociones, estos sentimientos no pueden ser diferenciados de las sensaciones corporales, son los llamados elementos Beta, que son objetos compuestos de cosas en sí mismos, sentimientos de depresión-persecución y culpa y por lo tanto aspectos de la personalidad ligados por sensaciones de catástrofe. Si los elementos Beta dispersos no encuentran

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

continente (el modelo correspondiente a continente es el pecho) los elementos Beta se tornan, por decirlo así, en mucho más activamente deprimidos-perseguidos y ávidos. Los mecanismos implicados en estos fenómenos primitivos pueden ser considerados, en forma más simple, como una evolución de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, descrita por M. Klein y viceversa, o el paso de la fragmentación a la integración, o expulsión-ingestión. Movimiento que hemos apreciado en Mario, cuando por momentos se siente integrado en el pecho, o bien fragmentado y disperso; aterrado, por la sensación de catástrofe. El bebé, estando en un estado de confusión y teniendo experiencias sobre las que no puede pensar, proyecta las partes alteradas de él mismo en la madre. La madre y su mente (experimentadas por el bebé como pecho) tiene que hacer la función de pensar por el bebé, ella devuelve estas partes disturbadas de él mismo (los elementos Beta) en un estado que permite que llegue a existir el pensamiento y los sueños, lo que Bion llama la función Alfa. Por tanto, la madre tiene que hacer funciones mentales por el bebé, que el bebé puede aprender a hacerlo por si mismo, internalizándola a ella.

Los indicios que hemos detectado en esta primera observación, tales como **la dificultad para tomar él mismo el pezón, la mirada perdida, los movimientos con la boca** y **los gestos de la cara, la paralización corporal** cuando queda solo o le lavan, **el llanto poco vigoroso, los sonidos o chillidos extraños que tienen dificultad para salir de la boca en forma más expresiva,** o **el aplastar su boca y cara sobre el colchón, etc.,** por sí solos no tendrían mucho valor, si en ulteriores observaciones no fueran seguidos de otras manifestaciones, tanto del bebé como de la relación de su madre con él.

Mayor desconexión emocional del bebé y otras manifestaciones sintomáticas.

El destete y la introducción del biberón es un nuevo paso en la desconexión emocional de Mario, después de la insuficiente contención de la madre, como habíamos apreciado en la observación anterior.

«En la **segunda observación,** Mario tiene **un mes y quince días.** Salen a recibir al observador la madre y José, quien lleva una galleta en cada mano y una tercera en la boca; José entra gritando al cuarto del bebé, que parece dormir boca abajo, apoyado sobre la mejilla izquierda, **mueve su cabeza rozando el colchón sin despegarse, arruga la nariz, hace algunos sonidos en el interior de su boca, acerca la mano derecha a su boca sin llegar a tocarla..., mueve su cabeza apoyando toda su cara, llora ligeramente, queda quieto, como si estuviera dormido, sin movimientos oculares.** Viene la madre y lo saca de la cuna para darle el biberón, él abre sus ojos brevemente. Ella explica que tiene que darle el biberón, ya que **duerme mucho;** por las noches llega a estar hasta once o doce horas sin despertarse. Añade que a ella se le retira la leche si no le da más de cuatro tomas por día, y el pediatra le sugirió que no era suficiente con el pecho. Mirando a Mario le dice que como es **tan tranquilo,** y que él se toma igual el biberón que el pecho, con tal de llenar la barriga...

La madre en el comienzo de esta observación nos comunica pronto que ha destetado al bebé. De los pocos datos que tenemos podríamos aventurar la hipótesis, de que **el niño se encuentra como en su cuerpo a merced de sus sensaciones.** Por ejemplo, la descripción que hace el

observador, es de que el bebé hace algún sonido en el interior de su boca y a pesar de que hay ruidos fuera él no se despierta, por otra parte está como pegado al colchón restregando su cara, acerca su mano a la boca sin contactarla. La madre nos informa que duerme mucho, lo que podríamos considerar como una retirada del mundo vigil y no como una entrada en el mundo interno, donde a través de los sueños él pudiera recrear su relación con el pecho y su madre. La opinión de la madre, de que es muy tranquilo, parece hacer referencia a que el bebé no establece diferencias entre el pecho y el biberón y que con tal de llenar la barriga él calma las sensaciones de hambre. Aun siendo esto cierto, podríamos preguntarnos entonces sobre cómo el bebé puede digerir sus sensaciones y emociones o, de otra forma, qué caminos van a tomar esas sensaciones y emociones.

Veamos qué pasa con la alimentación por biberón.

La madre toma el biberón de la mesa y se lo pone en la boca de Mario, que lo deja entrar con los ojos abiertos, lo rodea con sus labios, el dedo índice que pone sobre su nariz lo resbala hasta encontrar donde se unen boca y biberón. La madre pregunta al observador si un niño a esta edad ve o no ve, mientras comprueba que el bebé no toma mucha leche; al presionar el biberón él mueve los labios como si succionara, y tras unos segundos queda quieto. Alterna el mover los labios o dejarlos quietos según que el índice, que está entre la tetina y el labio, lo roce o no. La madre lo mira, al ver que no chupa le saca el biberón y comenta que está tomando más aire que leche, porque la cantidad está casi igual. Ella se lo vuelve a meter, Mario lo deja entrar, rodea con sus labios la tetina y para de chupar, cuando la madre se entretiene con el hermanito...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

La madre se pregunta qué pasará hoy que no avanza, si es que estará medio dormido.

Apenas se observan movimientos en la cara, parece que se va a tocar las manos, pero no llega a aproximarlas. Al introducírselo de nuevo él **hace movimientos en el interior de la boca,** pero no succiona, la madre se lo saca, mira su reloj, se dice que no suele tardar tanto tiempo; él hace movimientos con su boca entreabierta. La madre deja el biberón y busca la cara de Mario, que está con su **mirada perdida al frente,** moviendo su cabeza a golpecitos con movimientos en sus labios por donde mana un poco de leche...

Al nuevo intento lo deja entrar, chupa unos segundos y para. Ella se vuelve a preguntar qué le pasará, decide que el biberón está frío y se marcha a calentarlo. Vuelve a los pocos segundos y empieza a cambiarle los pañales; desnudo de la parte inferior de cuerpo, queda quieto, con la mirada al frente. Vestido mueve ligeramente la boca, por donde sale un poco de leche, hace gesto y una **mueca extraña.** Vuelve la madre con el biberón, arruga la nariz, gesticula con la boca lentamente, los ojos entreabiertos, la madre, sonriéndole, le dice que tiene cara de mal genio y que quizás no le ha gustado esperar; el observador, por el contrario, aprecia una **expresión ausente y desvitalizada.**

La madre se pregunta si los niños a esta edad oyen, porque aunque los niños gritan y chillan, Mario no se despierta, ni parece enterarse; para los otros hermanos es como si el bebé no existiera, ya que cuando vuelven de la guardería el bebé duerme.

La madre le introduce el biberón de nuevo, éste lo deja entrar con la boca entreabierta, por donde sale algo de leche, ella afirma, ahora sí, que no lo quiere. El bebé está

quieto, los brazos a los costados, dirige levemente la mirada hacia la madre, ella se la mantiene, le da ánimos hasta que Mario acaba por cerrar su boca y se oyen ruidos de estar succionando; levanta sus brazos roza el biberón, pero tras unos segundos queda quieto, al parecer mirando a la madre. Como es cerca del final de la hora de observación la madre decide terminar, él mueve su boca, gesticula con lentitud, mueve sus manos y arruga su nariz y las cejas, la madre hace comentarios sobre su cara. Lo va a poner a dormir y comenta al observador cómo algunas amique se extrañan de que pueda dejar a Mario sólo en casa, los momentos que tiene que ir a comprar algo o ir a buscar a los otros niños a la guardería.

Señalaremos un primer intento del niño de vigorizar la tetina del biberón con su dedo índice, para reproducir la vitalidad del pezón, pero a medida que pasa el tiempo la relación con el biberón se hace más pasiva. Hay **poca capacidad, poca respuesta, poca protesta,** incluso hay una rara facilidad en dejar entrar la tetina del biberón sin oposición. El niño ha sido destetado y se le ha introducido el biberón y no aparecen signos de aprecio o desprecio, de valoración o desvalorización.

Al desnudarlo tampoco se produce mucha reacción, en todo caso aparece una mueca extraña. La madre lo quiere describir como que aparece genio en su rostro, es decir, capacidad de respuesta, signo de vigor, cuando el observador lo describe como un niño ausente, desvitalizado y pasivo. Es por eso que la madre se pregunta si los niños a esta edad ven u oyen, porque él no responde ni a la visión ni a la audición de sus hermanos.

Cuando al final la madre dice que el niño no quiere el biberón, no es tanto un rechazo, como que el biberón entra

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

en la boca inerte, que no cierra y sólo cuando ella le busca la mirada o le estimula, es capaz de chupar algo e incluso acerca sus manos. Es como si el destete lo hubiera paralizado, anestesiado y los pocos estímulos vinieran de las sensaciones de su cuerpo.

Por último la madre da un detalle más de cómo lo deja solo sin preocupación, es de nuevo una desconexión de la madre. Estas manifestaciones de hoy nos hacen valorar más las del día anterior.

En la **tercera observación,** Marío tiene **un mes y veintidós días,** durante todo el tiempo se ve la siguiente pauta: Mario manifiesta una **actitud ausente, boca abierta,** mueve sus brazos semiflexionados a pequeños golpecitos, las manos cerradas, **la mirada sobre diferentes puntos al frente**... Mueve su brazo izquierdo hacia arriba, **parece como si estuviera atrapando algo en el aire, con la boca ligeramente entreabierta.**

La mirada pasa en alguna ocasión por donde está el observador, pero no se para y sigue su trayectoria hacia otros puntos. Sale un poco de leche por su boca y en ese momento queda paralizado unos segundos. Vuelve otra vez a la pauta de mirar en el vacío con el movimiento de sus brazos, y cuando vuelve a salir leche queda paralizado y llora. Es después de repetir esta última secuencia, que se agarra a la sábana y queda dormido.

Diríamos que su mirada es como si estuviera en el vacío, como si no mirara nada. Es como la mirada de un vacío interno y como si a su vez estuviera reproduciendo con sus brazos algún movimiento corporal interno, muy primitivo y desarticulado y se calmara con su motricidad. Hasta que la sensación de la leche en la boca le paraliza

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

y llora, por lo que luego se agarra a la sábana y huye hacia el sueño.

En la **cuarta observación,** Mario tiene casi dos meses. La madre comunica que le gustaría que los bebés hablasen para saber qué les pasa, ella tiene cinco hijos y sigue sin saber por qué lloran. El observador comenta que hay que echarle mucha imaginación, a lo que la madre contesta con resignación.

Lo más destacado de esta observación es que la madre está poco en contacto con el bebé, muestra poca capacidad de «reverie» o ensoñación. Ella tiene muchos hijos para llenarse de vida, pero no puede recrear la vida con cada hijo, por lo que Mario continúa mostrando algunas manifestaciones, en las que el biberón es utilizado con más **voracidad** que deseos de incorporar algo nuevo (voracidad que sirve para calmar o neutralizar las sensaciones o estímulos malos).

Funcionalidad integradora en la utilización de los órganos de los sentidos.

¿Podríamos apreciar una cierta funcionalidad integradora en la utilización de los órganos de los sentidos por parte de Mario? ¿Podríamos ver qué papel puede jugar su desorganización en una futura patología? Una de las características que nos parece más significativa de Mario, es una cierta **dificultad en la utilización de sus instrumentos perceptuales.** El está como ausente, no se siente interesado por los estímulos externos, recurre con mucha insistencia al sueño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

En la **quinta observación**, apreciamos un mayor interés por los estímulos externos, tornándose éstos más selectivos en dirección a la madre, lo que permitirá ordenar en cierta manera los elementos extraños Beta y comenzar un cierto funcionamiento Alfa, más coordinado.

«Mario tiene **dos meses y cinco días.** La madre recibe al observador junto con José y le invita a ver al bebé, que está en la cuna, boca arriba, al lado del ventanal, le da el sol y parece mimarlo.

Al poco entra la madre que mira al bebé y dice que va a prepararle el biberón. Mario ha quedado quieto con la vista al frente; en cuanto se va la madre, **él dirige su mirada al ventanal,** mueve sus manos, hace algún guiño con los ojos, una mueca en sus labios, estornuda, deja salir saliva por su boca. Pasa su mirada por el observador y continúa su trayectoria hacia la ventana, mueve sus manos hacia arriba, parpadea, arquea sus cejas, arruga la cara, abre su boca y deja escapar un sollozo. Mueve su cabeza de derecha a izquierda, los ojos quedan entreabiertos igual que la boca, se le escucha una protesta sin llegar a salir el llanto. En el momento que la madre entra empieza a llorar, ella le dice que «ya va», se le acerca, lo mira, le sonríe, comprueba la hora y comenta que su estómago funciona como un reloj.

La madre lo toma en brazos y calla, le introduce el biberón y el bebé succiona cerrando los ojos, con las manos a la altura de la cabeza. La madre cuenta que Mario **empieza a dormir menos,** que no podía ser que durmiera como antes, hasta once horas seguidas. La madre pregunta al observador si ve a Mario diferente, para seguir sin esperar respuestas diciendo que ella tiene poco tiempo para fijarse en él. Cuando tuvo el primer hijo pasaba muchos ratos mirándolo, pero no con los demás. El pediatra le ha

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

dicho que no deje al bebé mucho tiempo solo, que lo coja y lo tenga en brazos, pero ella no tiene tiempo para hacerlo. La madre mira al bebé y dice que está muy apacible mamando, informa entonces que este niño hace igual que sus otros hijos, que es tocarle la cabeza con la mano izquierda y que le gustaría saber qué es lo que esto significa.

Entra José con gestos de llanto y enfado, la madre le consuela un momento y le dice que ahora no puede darle una galleta, el niño se relaja y se va. Mario sigue chupando con los ojos cerrados, la madre le saca el biberón, él abre los ojos y llora. Se lo vuelve a dar y él continúa tranquilo succionando, ahora con los ojos abiertos. José se entretiene subiendo en un cochecito, con el que sale y entra de la sala. La madre comenta la dificultad que han tenido todos sus hijos para hablar. Marío está a punto de terminar el biberón, la madre afirma que cada día come mejor y se lo retira. Mario abre más los ojos, la madre lo anima, **él se encuentra con la mirada de la madre,** se miran unos segundos, el mueve sus manos en puño, frunce el ceño y empieza a llorar. La madre lo acerca a su cuerpo, mientras le habla, él se va calmando y, con los ojos entreabiertos, apoya su cabeza en el hombro de la madre. Ella lo deja boca abajo sobre la mesa, **levanta su cabeza y queda con su mirada fija en un abrigo rojo** que hay sobre la silla. Entra la madre, aprecia la actitud de Mario y se pregunta qué es lo que el niño estará mirando con tanto interés.

La madre le da la vuelta, lo pone boca arriba, con la mirada hacia atrás y arriba, al quitarle los faldones y gasas queda sin moverse. Vestido, lo pone sentado en la cuna, con la ayuda de un almohadón, **él dirige su mirada al ventanal, por donde entra la luz, agarra el babero con su mano izquierda y hace movimientos con sus labios,** pasa así entretenido unos minutos...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Entra la madre y lo mira, **él parece esbozar una sonrisa,** pero la madre no se da cuenta por estar entretenida en buscar algo por la cuna, Mario deja la boca abierta y la mirada fija en la madre, quien no percibe este contacto y se marcha. Mario dirige la vista al ventanal, agarrándose con sus dos manos al babero, estornuda dos o tres veces, queda quieto y bosteza, arruga la cara y llora. La madre vuelve, le busca la mirada, pero no se la encuentra. Al intentar recostarlo en la cuna envara la espalda, por lo que la madre opina, que quizás le dolerá el estómago y se va. Como continúa llorando, la madre vuelve con el chupete y se lo pone, él lo deja caer en el colchón, la madre insiste y él acepta, chupa y se queda adormilado.

Aunque de una forma tímida, empezamos a apreciar en Mario una cierta respuesta a los estímulos externos. Cuando está en la cuna, mira hacia el foco de luz que entra por la ventana, con el cual se contiene; al entrar la madre la percibe y le presta algún interés. Al marcharse ella, él pasa su mirada por encima del observador y vuelve a ocuparse del foco de luz. Empieza a sentirse intranquilo, pero sólo llora cuando está la madre. No es por tanto una percepción interna, del reloj de su estómago, lo que le hace llorar, si no la necesidad más selectiva de la madre.

El tiene el conocimiento de que el contacto con ella es a través de la alimentación y la acepta bien y chupa tranquilo, él trata de recuperar a la madre a través del biberón y ella nos lo aclara más cuando nos dice, el poco contacto que tiene con los niños y de como el pediatra le aconsejó que no lo dejara solo y que lo tomara en brazos. Como el niño succiona bien, ella se siente más confiada, siendo capaz entonces de informar al observador, de algunas peculiaridades de su hijo, como es el llevarse las manos a la cabeza y su deseo de llegar a saber, qué es

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

lo que ello puede significar. Al estar la madre más conectada, puede atender a José sin interferir en su tarea de alimentar a Mario.

Valoramos un cierto paso que da Mario en su percepción, cuando él ha llenado de alguna forma, el agujero vacío del estómago, que es la preocupación esencial de la madre, él puede pasar a abrir los ojos con el biberón en la boca, lo que vendría a ser una posibilidad de conectarse con el mundo externo. La madre nos aclara entonces acerca de las dificultades de lenguaje de sus hijos, como si se acercara a la comprensión de por qué sucede eso; o de otra forma, de como ella no ha encontrado significado en hablarle a los niños y eso a su vez ha dificultado el que ellos le hablen.

Después de la situación de alimentación, él mira por primera vez a la madre y la reconoce y puede saber que no la ha tenido y llora, por eso ella se lo puede acercar al cuerpo y hablarle.

Al ser dejado solo sobre la mesa él necesita volver a buscar un estímulo visual significativo, para contenerse y **se fija en el abrigo rojo,** lo que lleva a que la madre se pregunte entonces, qué estará mirando. Que es tanto como si presumiera que existe un cierto proceso mental en el niño, o como si apreciara inconscientemente que los órganos de los sentidos sirven para conectarse. El se puede fijar ahora en este potente estímulo, porque ha tenido el buen estímulo de la tetina del biberón en sus labios, durante bastante tiempo, junto a los brazos de la madre y él transfiere la función de la boca a los ojos. Lo que significa una **ampliación de los órganos de los sentidos,** para hacerlos más funcionales y no como actividades separadas unas de otras. Así, en la siguiente secuencia cuando queda solo en la cuna, **vuelve a agarrarse con los ojos al**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

foco de luz, mueve sus labios recordando la tetina y **con sus manos agarra el babero.** De esta forma, la funcionalidad oral se amplia a otro instrumento que son las manos y que ahora quedan integradas. Esta funcionalidad de los órganos de los sentidos tiene una finalidad, que es la de relacionarse con el objeto, por eso en el momento siguiente, **él sonríe por primera vez a la madre.** Es decir, él establece un contacto más vinculante y recreativo con la madre a través de la sonrisa, con una significación más rica y relacional.

Es sólo cuando el órgano perceptual queda integrado, que no se sigue el camino patológico. De la integración de los sentidos se siguen también la integración del objeto y es por eso que ante la percepción del objeto total aparece la experiencia de satisfacción y la sonrisa puede ser una muestra de ello. Por el contrario, ante los dolorosos y ciegos estímulos corporales, la vista puede ser utilizada para darle salida, en la forma de penetración voyerista, o del control del objeto. Las desgarradoras sensaciones de hambre, o el vacío, pueden ser vehiculadas a través de la vista, intentando apresar vorazmente al objeto. También se pueden producir fuertes inhibiciones o desconexiones que dificultan el contacto con la realidad.

Pero siguiendo con la pauta manifestada por Mario, podemos decir, que al no responderle la madre con su mirada él se desconecta, y al volver ella e intentarlo, no lo consigue. Al recostarlo en la cuna, él se resiste envarando la espalda y la madre no aceptando el malestar, recurre a la teoría de que debe ser el estómago que le hace mal. Se ayuda del chupete, que él no puede tomar en el primer momento y deja caer. Es como si se hubiera roto el ciclo integrador, en el que al perder la funcionalidad relacional de la mirada, no puede retomarla luego en la boca. Al insistirle la madre él lo toma con la finalidad de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

retirarse al sueño. Podríamos decir que en el último momento los órganos de los sentidos no han trabajado en consensualidad. No obstante, podríamos considerar que un cierto grado de integración se ha logrado y el inicio de una función altamente esperada hará su aparición en la siguiente observación, nos referimos a **la atención,** que de alguna forma ya se ha estado prefigurando.

«En la **observación seis,** el niño tiene **dos meses y once días.** Baja la madre con Mario en brazos por primera vez, para abrir la puerta al observador. La madre comunica que acaba de darle el biberón. El niño está tranquilo y **atento,** la madre mirándole dice que ya sonríe, le musita algunas palabras cariñosas con una sonrisa en los labios y Mario que la está mirando **esboza una sonrisa,** hace un movimiento, **junta sus manos y mantiene la mirada hacia la madre,** quien le llama simpático.»

En este primer trozo de material, la mirada del bebé es atenta, que es tanto como decir que es expresión de un mundo interno cohesionado. **La atención,** según Meltzer (2), **es la fuerza que une a los sentidos en consensualidad,** por eso él junta también sus manos coordinadamente, como muestra de que está integrado, junto, sostenido por la madre y en buena relación con ella, por cuya razón ella le llama simpático, al sentirse animada y revitalizada por él. En la observación anterior, ya habíamos tenido ocasión de ver cómo madre e hijo daban signos de encontrarse más integrados.

En el resto de la observación, con los niños en casa, la madre con mayor flexibilidad puede atender tanto a los otros hermanos como al bebé. Por su parte Mario, aunque sea dejado por la madre, es capaz de articular sus ojos al foco de luz, al igual que lo hiciera con la tetina del bi-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

berón y la boca. Para ocuparse después del entretenido juego de reconocer y contactar con diversas partes de su cuerpo, con una cierta significación simbólica, que fue acompañada de unos primeros intentos de vocalización, o **germen de lo que será posteriormente la palabra.**

En la **observación siete,** Mario tiene **dos meses y dieciocho días,** los hermanos han estado enfermos y la madre sufre un fuerte dolor de espalda, que la imposibilita bastante. Mario vuelve a estar desconectado, **no puede llevarse las manos a la boca,** en su lugar **roza su boca contra la sábana.** Es como si hubiera sufrido una regresión, la actividad de los sentidos es menos organizada y menos articulada; por ejemplo, el entrenamiento de agarrar el babero se hace más persistente y reiterativo, aparece una intensa voracidad, que preocupa a la madre y se desconecta no teniendo la mirada atenta sino perdida. Es como si ahora la comida en el estómago le cegara. La madre comunica un detalle interesante y es que tiene que tener cuidado con José, porque ahora quiere hacer daño a Mario en los ojos. Como si el hermanito se hubiera dado cuenta de la vinculación que la vista significa para Mario, de estar conectado con su madre.

En la **observación ocho,** aparece un síntoma de características más abiertamente psicopatológicas, como la reacción de temor claustrofóbico y persecutorio, con algunas manifestaciones que podrían recordar los precursores de lo que más tarde puede ser una alucinación. Pero que al mismo tiempo lo podemos considerar como una salida de su anterior estado psicopatológico de naturaleza más autística. Aunque esta reacción claustrofóbica es también frecuente en niños con una evolución normal.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Mario tiene **dos meses y veinticinco días** (casi tres meses). Baja a abrir la madre con Mario en brazos, tiene su mirada al frente fijándola en diferentes puntos, su mano derecha agarra el babero. Entramos en el ascensor e inmediatamente Mario comienza a llorar, mantiene entreabiertos los ojos, la madre le habla, lo acerca a su cuerpo, lo intenta calmar, pero el sigue con su llanto continuado, agarrándose con fuerza al babero. Al salir del ascensor Mario deja de llorar y, con la mirada al frente, se agarra al babero. La madre va a buscar el biberón con él en brazos y vuelve, lo recuesta sobre su brazo izquierdo, le llama llorón y le introduce el biberón. La madre aclara que no es que llore tanto, es que antes no lloraba nunca. El observador permanece sentado enfrente y Mario dirige su **mirada de reojo** hacia el observador y luego a la madre; ella le pregunta que a quién mira. Mario vuelve a poner sus ojos al frente, sigue con su mano agarrada al babero la madre hace fijar al observador de qué manera el bebé coge el babero y si ella se ha dado cuenta. Mario succiona sonoramente, con avidez, permaneciendo muy quieto, la madre comenta los ruidos que hace al chupar. El bebé, con la mirada al frente, prorrumpe en llanto, la madre lo sienta sobre la falda pero tampoco se tranquiliza, le habla, le toca las mejillas, sólo después de mucho rato de colocarlo muy estrechamente sobre su cuerpo se empieza a tranquilizar.

La madre decide cambiarle los pañales, lo deja sobre la mesa, con sus manos agarra el babero y se lo pone cerca de la boca y lo roza. Vuelve la madre, lo cambia y cuando termina, le busca la cara que él tiene medio tapada con el babero, le retira el babero, le toca la mejilla con su dedo. Mario permanece atento a la madre, ella se lo acerca, lo besa y lo incita a que hable. Ella insiste con el «ajo», él esboza una sonrisa y ante el nuevo «a» de la madre, él contesta con «jooo», tras unos segundos ella se va. El dirige la mirada hacia donde se fue la madre, después hacia el observador sin mirarle a la cara y permaneciendo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

quieto, agarra el babero con sus dos manos, pasa la mirada al centro, hace muecas con su cara y sonidos de queja que se hacen llanto, acerca el babero a su boca y continúa el llanto. En el resto de la observación se aprecia la pauta que cuando viene la madre él se calma un poco, pero al marcharse ella vuelve a quedar asustado y babeando, o sacando algo de leche y ocupado en agarrarse al babero.

En un primer momento, cuando entra en el ascensor, él sufre por primera vez una aguda ansiedad al parecer de naturaleza claustrofóbica. ¿Podríamos considerar esta ansiedad claustrofóbica aquí, como un equivalente de sus antiguas sensaciones dolorosas, con las que se sentía atemorizado, que ahora a través de la vista puede proyectar fuera y que al entrar en el ascensor se le impide desarrollar esta defensa? Por otra parte el espacio se le hace más persecutorio con la presencia del observador, de quien sospecha y a quien mira de reojo mientras mama, o lo evita cuando se queda solo, mostrando un excesivo apego al babero.

Resumen.

Se describen varias manifestaciones que hemos visto en el bebé Mario, las cuales pueden ser consideradas como un trastorno básico en la atención y en la posibilidad de conectar y coordinar los diversos órganos de los sentidos, debido probablemente a que ha habido una dificultad en el establecimiento de unas relaciones con su madre y entorno.

Nos parece que los trastornos pudieron ser superados

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

en el transcurso del primer año, gracias a que la madre fue adquiriendo una mayor capacidad de «reverie» con el estímulo y la contención que le supuso la observación y la presencia asidua del observador.

No obstante, **un cierto déficit en estas cuestiones, con el consiguiente dolor sufrido por tales experiencias, nos parecen que son indicios de riesgo, que un trauma severo posterior podría desenterrar y poner en activo, o en el mejor de los casos, irá a formar parte de la caracterología de Mario.** En otros momentos de la observación, a los ocho, diez o doce meses, tuvimos ocasión de ver reminiscencias de estos primitivos desajustes, que se traducían en conductas adhesivas de parte de Mario.

BIBLIOGRAFIA

1. Bion W.: **Elementos de Psicoanálisis.** Buenos Aires, Paidos, 1966.
2. Meltzer D.: **Exploraciones en autismo.** Buenos Aires, Paidos, 1979.
3. Pérez-Sánchez M.: **Observación de bebés.** Barcelona, Paidos, 1981.
4. Pérez-Sánchez M.: **Observación de niños.** Barcelona, Paidos, 1980.
5. Roseneld H.: **Estados Psicóticos.** Buenos Aires, Paidos, 1974.
6. Tustin F.: **Autistic Barriers in Neurotic Patients.** Londres Karnac Books, 1986.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4