CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Congreso Nacional de SEPYPNA
(Palma de Mallorca, Octubre 1988)

M. SOULÉ y B. GOLSE: «Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido»

M. GITNACHT: «Organos de los sentidos y estructuras psíquicas»

M. PEREZ SANCHEZ: «Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención»

L. F. CABALEIRO: «Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil»

Comunicaciones libres

J. PERTEJO: Recesión

N.° 6 1988

(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)

Vícese►retarfo:
Iuis Martín (Madrid)

Tesorero:
Jaume Baró (lérida)

Publicaciones:
Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:
Isabel Gómez (Ia Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:
Marian Femández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
I. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscri,pciones:
Marian Fernández Galindo
Pirineos, 21
28040 Madrid

ESPACIOS PARA LO PSIQUICO EN EL TRABAJO PREVENTIVO DE UN PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Por L. F. CABALEIRO

INTRODUCCION

Me limitaré aquí a una breve exposición sobre mi trabajo dentro de un programa materno-infantil en el que desempeño mís funciones como psiquiatra desde hace unos siete años. Ello tiene lugar en el Centro de Promoción de la Salud de Retiro del Ayuntamiento de Madrid, y es ineludible que contextualice esta labor.

Los Centros de Promoción de la Salud (C.P.S.) son centros que, desde hace aproximadamente ocho años, el Ayuntamiento madrileño ha ido abriendo, con objeto de llevar a cabo funciones sanitarias de carácter preventivo, lo que muy pronto hubo de compaginarse con la atención a la población aún conocida como «la Beneficencia». Este proyecto, que quería dotar a cada uno de los 18 Distritos Municipales con un C.P.S., hoy se puede decir ya, con bastantes visos de certeza, que no es más que una estrella fugaz en el horizonte sanitario madrileño. Su destino parece encaminarse hacia una reconversión dentro de los planes sanitarios de la Comunidad Autónoma. Sus funciones —algunas innovadoras y fértiles— puede que sean, o no, asumidas en ese nuevo y más adecuado nivel de integración sanitaria.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Pues bien, en el C.P.S. de Retiro trabajamos un pediatra, dos ginecólogos, dos médicos internistas, un psicólogo, tres psiquiatras, varios diplomados en enfermería y una asistente social, además del personal auxiliar sanitario y administrativo. Realizamos, entre otros, el Programa materno-infantil, en el que participamos, en mayor o menor grado, un miembro de cada una de estas profesiones.

Tras un esbozo inicial, hemos ido dando forma, madurando y modificando la organización del Programa. El objetivo general ha sido, y sigue siendo, aumentar el nivel de salud de aquella población del Distrito formada por los personajes que se encuentran en torno al embarazo, parto y primeros tiempos de la crianza del niño. Hasta la fecha hemos visto 600 casos y atendido a casi 2.000 personas.

No puedo explicar en detalle la organización del Programa. Diré simplemente que, tras la difusión en el Distrito y, previo contacto telefónico, la mujer embarazada viene a unas primeras entrevistas con su pareja, pasando luego a formar parte de un grupo de ocho parejas constituido en función de las probables fechas de parto, que no se distancian entre sí más de cinco semanas. Durante cinco lunes seguidos las mujeres hacen los ejercicios de respiración y la relajación, incorporándose luego, al grupo, sus parejas para participar cada día en una charla donde propiciamos un ambiente dialogante. Cinco charlas en total, sobre embarazo, parto y primeros momentos de la crianza del niño, de las cuales en una, se abordan las implicaciones psíquicas.

Terminado este ciclo preparto, las parejas nos contactan telefónicamente después de dar a luz. Tiene lugar en-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tonces una entrevista de Salud Mental y otra de Pediatría, que van seguidas de siete revisiones de puericultura pediátrica que llegan hasta los dos años y que cubren también las vacunaciones de este período. Si todo transcurre sin problemas en la entrevista posparto, Salud Mental sólo intervendrá si hay luego una demanda directa de los padres o por derivación del pediatra. Si hay dificultades, la entrevista posparto puede ser al comienzo de un trabajo psicoterapéutico. Pero además, una vez que ha dado a luz la última mujer del grupo, se realiza un segundo ciclo de actividades grupales. Media hora de gimnasia de recuperación posparto precede a cuatro charlas: dos dedicadas a cuestiones preventivo-pediátricas y otras dos a cuestiones de salud mental. Si al llegar a los dos años de vida del niño, ponemos el tope de las actividades regulares del Programa, no es así en lo que concierne a consultas y seguimientos, tanto de índole psíquico como social o pediátrico, que se requieren.

Una tercera y última parte del Programa está dirigida a las guarderías y escuelas infantiles del Distrito, especialmente al trabajo con educadores. Señalar, finalmente, que el trabajo de elaboración, coordinación y seguimiento se realiza en las reuniones de equipo.

Tras este breve esquema, me referiré ahora fundamentalmente a mi trabajo y mis funciones como psiquiatra infantil del Programa. Hablaré de algunos aspectos de esta tarea, de diferentes cuestiones y situaciones con las que me encuentro y del sentido que no siempre a priori quise dar, sino que a posteriori encontré que estaba dando a mi quehacer en esta interesante experiencia (*).

(*) Aquí quiero mencionar que en diferentes períodos he tenido como compañeras de Programa a Amparo Escrivá y a M.ª Angeles Torner, excelentes interlocutoras en las reflexiones sobre **esos espacios** para lo psíquico a los que me quiero referir.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Les invito a acompañarme, ahora que tienen el plano general del Programa, por las diferentes estancias que para lo psíquico están previstas en él. Iremos siguiendo así una historia estrechamente vinculada a la de las primeras relaciones del niño y en donde los investimientos parentales desempeñan un papel organizador y/o catalizador del surgimiento y desarrollo psíquico infantil.

TRABAJO SIN DEMANDA CON LA PAREJA

La primera entrevista tiene lugar en mi despacho. Mis interlocutores, una pareja que espera un hijo dentro de unos meses, a veces una mujer soltera, o una adolescente embarazada, o una mujer cuyo marido no puede o no quiere venir o, en fin, una pareja que no se considera pareja ni sabe si va a querer serlo. Lo más frecuente es, sin embargo, que se trate de una pareja estable que va a tener su primer hijo. Acaban de estar con la Asistente Social que les ha acogido, explicando en detalle el Programa y se ha interesado por algunos aspectos sociales de su existencia. Yo me presento como psiquiatra general, y de niños en particular, y les digo que mi pretensión es conocerles algo, puesto que voy a estar a su disposición durante unos años, trabajando con ellos en grupo o individualmente si en algún momento quisiera cconsultarme. Se establece así un diálogo que siempre ha sido bien aceptado y en el que yo adopto un claro papel inicial de entrevistador. Todo transcurre a modo de conversación con unas preguntas más abiertas y otras más precisas. Las circunstancias de la pareja, del embarazo, las características de las familias de origen, las relaciones con sus propios padres, las inquietudes y previsiones en torno al parto y al cuidado del bebé, son el objeto de esta entrevista.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Su peculiaridad reside en que no existe una demanda inicial. Es un trabajo sin demanda. Se trata de un diálogo singular que constituye una experiencia inhabitual en la psiquiatría cotidiana. Cada uno de los miembros de la pareja, en este contexto, no se siente considerado a priori como alguien con problemas psíquicos importantes. Sin duda quien sabe que los tiene, puede tratar de ocultarlos en mayor o menor medida, si lo desea, y sin que ello le haga sentirse tan en contradicción como si se tratase de una entrevista habitual con demanda. Es más, con frecuencia nos sorprende lo contrario y, a veces, el primer sorprendido es uno de los miembros de la pareja, que nunca había oído hablar al otro de aquellas cuestiones o de aquella manera.

Las características de este holgado espacio crean un clima relacional muy favorable para el insigth y propicio para rentabilizar discretas intervenciones de pretensiones sin duda modestas. En este sentido iría, por ejemplo, una intervención encaminada a que unos padres pudieran reconocer, y no negar, las naturales inquietudes precoces de un hijo ante la próxima llegada de un hermanito, presente ya en el vientre de su madre y, sobre todo, en sus propias fantasías ambivalentes.

Pero son muchas y diversas las situaciones que desembarcan en esta entrevista. Citaré algunas de modo ilustrativo y evocador de las ansiedades y problemáticas que pueden plantearse en ella y, de un modo general, en el Programa:

A. es una mujer de 30 años, soltera, que se ha quedado embarazada —dice que sin pretenderlo— de un hombre casado y padre de familia de quien era su amante.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Ella quiso guardar su bebé, pese a que el padre biológico se desentiende de «algo que le complica la vida». Distanciada de este hombre, y ya en su sexto mes de embarazo, no se ha atrevido aún a contactar a sus padres que viven fuera de Madrid. Le preocupa qué podrá responder a su hijo, cuando empiece a preguntar por su padre.

B. es una mujer de 28 años, psicótica con antecedentes de varias hospitalizaciones psiquiátricas y de droga. Está embarazada de seis meses y no está segura de quién puede ser el padre de su futuro bebé. No sabe si darlo en adopción a una hermana casada, u ocuparse ella misma.

C. es una mujer de 32 años, casada, está en su séptimo mes de embarazo y hace dos meses que su padre ha muerto.. Me dice que sus lágrimas ahogan la ilusión de tener un hijo.

D. tiene 29 años, está casada y trabaja desde hace nueve años. Dice que está hecha un lío porque no sabe si dejar su trabajo para acuparse de su bebé. Sufriría mucho, si no se ocupase ella misma.

E. tiene 33 años, está casada y, además de tener antecedentes psicosomáticos familiares, tuvo varios abortos espontáneos y una amenaza de aborto en el embarazo actual.

Son situaciones como éstas, de mayor o menor riesgo, y afortunadamente muchas otras sin riesgo alguno, las que se van abriendo como unos naipes en esta primera entrevista. A lo largo de ella voy haciendo una valoración

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de elementos históricos, situacionales de reciente actualidad, así como de los funcionamientos y estructuras psíquicas. Sobre todo para estos último, cuento con el útil de quienes trabajamos en psicoanálisis para percibir actitudes y contractitudes de la relación, lo que nos remite a los conceptos de trasferencia, contratransferencia y relación de objeto. También valoro algunas actitudes significativas de la relación de la pareja durante la entrevista.

Todo ello me lleva a una estimación global de la existencia, o no, de riesgo psíquico y a una valoración de la conveniencia o inconvenencia de una intervención. Recuerdo una madre que solicitó el inicio de un trabajo psicoterapéutico de descubrimiento interior, que yo percibí como una dificultad de investimiento de su bebé. Tras una o dos entrevistas terapéuticas, convinimos en reconsiderar sus deseos unos meses después de dar a luz. Es más fácil, en cambio, que en estos meses anteriores al parto, me decida a iniciar un trabajo psicoterapéutico con un futuro padre en dificultades. Con frecuencia, ante situaciones de alto riesgo, no me atrevo a hacer una propuesta firme de seguimiento por estar seguro de que sería rechazada. En estos casos me contento con haber establecido un vínculo positivo, hacerles la oferta general de venir a verme cuando lo deseen y esperar mejores circunstancias, más avanzado el Programa. Mis criterios de intervención se ciñen en general a las situaciones de descompensación o de riesgo importante de descompensación. Veo a lo mejor pasar por esta entrevista a unos padres gravemente obsesivos, pero no descompensados, y aparto de mí la tentación de propuestas que puedan poner en cuestión su precario equilibrio. Eso sí, me mantengo a disposición con objeto de que puedan deshacer nudos en la historia que está en marcha.

Podría entonces resumir así las pretensiones de esta

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

entrevista: establecimiento de unos primeros vínculos en un tipo de relación abierta, detección de riesgo psíquico, contención y reajuste de ansiedades, descubrimiento de las fantasías que propician buenos investimientos del futuro bebé y oferta inespecífica de consulta y, en su caso, intervención psicoterapéutica.

TRABAJANDO EN GRUPO Y HACIENDO «HOLDING»

Pasamos ahora al espacio destinado a la relajación. Ha sido una cuestión coyuntural de nuestro Centro el que los profesionales de Salud Mental nos hayamos ocupado de la relajación. Podría ser cualquier otro profesional del Programa, preparado en estas ideas, quien asumiera estas funciones. Sin embargo, considero la relajación un lugar con un privilegiado espacio para lo psíquico.

Con ella no se trata sólamente de facilitar el proceso del parto y que éste resulte lo más sencillo posible —tarea sin duda de gran valor— sino de algo más. El tipo de relajación que propongo a las mujeres embarazadas, está inspirado en las concepciones de Ajuriaguerra, quien, como bien sabemos, abrió una nueva dimensión relacional en este campo, que permitió interesantes experiencias desde una perspectiva de orientación psicoanalítica.

La relajación se limita a cinco sesiones que se extienden a lo largo de cinco semanas. Aunque las embarazadas suelen dedicar un rato diario a relajarse en sus casas hasta el momento del parto, se comprende que de algo tan breve y realizado en grupo, no puedan esperarse altos

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

vuelos que promuevan procesos elaborativos internos considerables. Sin embargo, dirigirse, tomar muy en consideración el cuerpo de la mujer embarazada es fundamental en un programa preventivo. Me refiero a ese cuerpo real y fantasmático en el que se gesta la realización de un antiguo y controvertido deseo femenino, un cuerpo habitado de significaciones paternas, un cuerpo siempre sorprendido por algo que no puede dejar de ser insólito para quien fue niña y quiso ser madre. Deseos culpabilizados, negados, temidos, ahogados o pervertidos y no siempre asumidos, encuentran el testimonio de su realización en el cuerpo real y cambiante de la embarazada. Se trata, sin duda, de vivencias muy profundas que se agolpan y despiertan en la mujer las primitivas representaciones de un cuerpo de propiedad compartida, más o menos litigiosa o amorosa, con la propia madre. Madre vivida a menudo como frustrante y posteriormente como rival que se opone a un cuerpo de placer evocador del padre.

El futuro bebé es parte de ese cuerpo y, por tanto, es difícil que, tras el parto, la madre pueda acogerlo con la ternura y el cariño corporal que necesita, si ella misma no puede querer y estar en paz con su propio cuerpo embarazado.

Las experiencias de relajación pretenden potenciar los investimientos de carácter narcisista de la embarazada sobre su propio cuerpo. Estos investimientos de carácter narcisista y libidinal, surgen sólamente si existe en la embarazada una aceptación y un reconocimiento internos de los buenos cuidados corporales que le prodigó su propia madre. No es posible un adecuado investimiento del bebé sin una cierta reconciliación interna con la propia madre y sus cuidados corporales.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

La relajación tal y como la concibo en estos grupos, es sobre todo una experiencia de «holding» y, por tanto, evocadora de cuidados maternos para la mujer embarazada. Las resistencias a vivir esta experiencia afloran con frecuencia, pero la presencia permisiva del relajador, el acompañamiento o la complicidad del grupo-tribu de hermanas y la peculiar situación de la mujer embarazada que busca regresivamente a su madre, acaban inclinando, aunque sólo sea puntualmente, el fiel de la balanza hacia el lugar de un cuerpo de bienestar y reconciliación que incluye al futuro bebé.

COMPARTIENDO FANTASIAS

La quinta y última charla antes del parto está dedicada a los aspectos psíquicos del embarazo, parto, maternidad y paternidad. Dura poco más de hora y media, y se realiza con el grupo de ocho parejas a quienes hemos conocido individualmente y que tienen ya en ese momento una pequeña historia como grupo. Las pretensiones, por tanto, han de ajustarse a este encuadre y conseguir un rato de charla que pueda tener un interés preventivo.

Procuro ponerles pronto en situación de evocar sentimientos, fantasías, miedos, que han ido surgiendo en ellos a partir de que se hicieron cargo del embarazo. Así, es como ellos van hablando del miedo a las malformaciones o taras congénitas del bebé, a una mala evolución del parto, a perder la libertad que hasta ahora disfrutaban, y van expresando los sentimientos de inseguridad, de incapacidad de desarrollar su función materna o paterna, el temor a que se debilite la unión en la pareja, la vivencia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de que está sucediendo algo que califican de increible, la ilusión, la alegría, la impaciencia por tener en brazos a su bebé, por ser padres..., en fin, estas y otras vivencias son puestas en común y cotejadas por unos y otros. Es curioso como, en su dinámica, unos grupos se van más hacia el polo resistencial o de crudo realismo, mientras otros, al contrario, lo hacen hacia el polo de los sentimientos idealizados negadores de afectos agresivos y de percepciones adecuadas de la realidad a veces frustrante. Puedo escuchar frases como: «En realidad dar de mamar es algo sucio, es como si fueramos vacas y lo demás son pamplinas; somos como animales» o, al contrario, «no hay nada más maravilloso que ser madre y todos los dolores, preocupaciones y sacrificios, bienvenidos sean». Mi función básicamente evocadora procuro aquí que sea también facilitadora de la expresión de fantasías que un determinado grupo puede estar eludiendo.

Una vez que se ha configurado una cierta conciencia grupal de la fuerte vehemencia de algunos sentimientos, y sobre todo de la desproporción de los miedos que el embarazo ha suscitado, y una vez que han encontrado algunas explicaciones, suelo entonces con tiento evocarles al niño o niña que han sido, que todavía existe en ellos y que el embarazo ha despertado con algún sobresalto, al ver que antiguos deseos se están haciendo realidad en un contexto, por supuesto, muy diferente. Pretendo poner en un lugar accesible para ellos una comprensión que les resulte orientadora y no inquietante o desveladora de ciertos conflictos; algo que tiene un valor asociativo e integrador y no analítico ni interpretativo. Referirme al niño que han sido, no es exactamente lo mismo que referirme a ellos. Decir, por ejemplo: «creo que siempre existe un componente de rivalidad» no equivale a «creo que Vd. está rivalizando». Decir algo en tono y contexto en los que alguien, si quiere, pueda pararse a pensar, no es lo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

mismo que la actividad interpretativa que alude directamente al reconocimiento de sus contenidos en uno mismo.

Digo esto, porque el trabajo preventivo en grupos o ante determinados auditorios, es un terreno resbaladizo y donde realmente se resbala. Unas veces, hacia concepciones informativas lineales y con formato científico, y otras, hacia procederes psicoterapéuticos completamente inadecuados a la situación. Ambas situaciones distan de ser inocuas. R. Diatkine dice —y no está mal recordarlo— que el trabajo preventivo ha de ser reservado a profesionales experimentados.

Se aborda también en esta charla la pregunta de quién es el bebé que nace, y los sentimientos y actitudes que despierta en cada uno de los futuros padres. Es curioso observar que el grupo no se atreve a pronunciarse sobre si en los primeros días de vida, el bebé ve o no ve, oye o no oye. En fin, lo que busco es que se desplieguen fantasías de relación con el bebé y posibilidades identificatorias con él, así como que cada uno de los padres empiece a entrever la peculiar situación triangular en la que se va a encontrar.

RESCATANDO EL PARTO Y ESCUDRIÑANDO LAS PRIMERAS RELACIONES

Tras haber dado a luz, tiene lugar la entrevista con cada pareja, que se sitúa entre las dos y las cinco semanas después del parto. A ella asiste también el bebé.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En general los padres llegan con cara de alivio y satisfacción, orgullosos de su retoño, aunque no siempre sea así. Tras saludarles es absolutamente imprescindible pararse a observar con verdadero interés su bebé, lo que resulta realmente sencillo. Luego se trata de ir rehaciendo con ellos, sobre todo con la madre, su historia vivencial en torno al parto y al establecimiento de esas primeras relaciones con el niño.

Son muchas las preocupaciones e inquietudes que van surgiendo en el desarrollo de esta entrevista. Me limitaré a mencionar algunas de las situaciones más frecuentes y comentarlas al paso muy brevemente:

— El parto provocado o inducido, como experiencias a veces acompañadas de sentimientos de descontrol, de inseguridad y de ser desposeída la mujer bruscamente de su bebé. Recientemente una madre asociaba en esta entrevista la estimulación anal que hacía a su hija, considerada por ella estreñida de forma injustificada, con sus vivencias traumáticas de un parto provocado. Sin embargo, en otros muchos casos la aceleración, ya en los últimos momentos de la dilatación, parece no ser mal vivida, e incluso a veces valorada como positiva.

— La cesárea y los partos instrumentales son también evocados en la entrevista como movilizadores de sentimientos de incapacidad o de culpa, o que a veces conllevan vivencias de intensas manipulaciones de las capacidades de ser madre. Todo ello se refleja en los sentimientos agresivos hacia el tocólogo o hacia el resto del personal sanitario (operación innecesaria, deseos de lucro, ganas de acabar pronto, comodidad, etc.). Sentimientos que no siempre son proyectivos, pero que en cualquier

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

caso pueden dejar grabada su impronta en los investimientos maternos sobre el bebé. En relación a las cesáreas son también evocados los sentimientos de impotencia para ocuparse del bebé, debido a la postración física postoperatoria de la madre. El que alguien —el padre, la abuela, la institución— se ocupen entonces más del bebé, supone un alivio aunque, a veces, no suficiente.

— La presencia o no del padre en el parto es otra cuestión que surge en la entrevista. Su asistencia es vivida como una experiencia reconfortante para la pareja y fundadora y reaseguradora de identidades y funciones parentales. La prohibición de que el padre asista al parto, si lo desea, puede remover en él profundas tendencias reivindicativas, y generar actitudes posesivas en los investimientos del hijo.

Otra cuestión importante son las actitudes y comentarios del personal médico-sanitario de las Maternidades, que a veces me refieren algunas madres, entre lágrimas, en la entrevista. Como psiquiatra que atiendo situaciones de niños ya mayores, no es infrecuente encontrarme a padres que, nada más empezar a hablarme de su hijo, me refieren un comentario desafortunado o una vivencia problemática, generada por el entorno, de los primeros momentos de la maternidad. Y a lo mejor, el motivo de consulta son problemas escolares o cualquier otra cuestión aparentemente alejada. Comentarios como: «No insista, señora, su leche no vale para nada» o «no, este niño nunca le comerá bien; tendrá siempre usted que ayudarle» son comentarios que se prestan para que determinados funcionamientos psíquicos organicen a partir de ellos, investimientos problemáticos. Sin pretender en modo alguno resucitar la teoría del trauma, pienso que el grado de sensibilidad y vulnerabilidad materna en torno al parto

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

es extraordinaria y que determinadas vivencias pueden tener un valor organizador o desorganizador muy importante para la vida psíquica de la madre y de sus investimientos sobre el hijo.

— Otro elemento traído a colación es la subida de la leche y las primeras vicisitudes de la alimentación materna, que no son siempre ocasión para reaseguramientos en la función de madre, al poner a prueba no sólo las identificaciones secundarias, sino también las primarias. Incorporar, succionar vaciando y debilitando, morder, rechazar, destruir... son fantasías que se reavivan y que organizan el interjuego de las proyecciones e introyecciones de la madre con su bebé, lo que está estrechamente vinculado a su imago materna. Los investimientos maternos sobre el bebé se organizan a partir de todo ello, pero también a partir de lo que el propio bebé es capaz de movilizar con su comportamiento en la madre. De la forma en que se organice esta dinámica en la díada madre-bebé —y bien entendido que me refiero a una díada abierta a las importantes influencias del entorno familiar y social donde el padre suele ocupar un papel primordial— dependen las diferentes situaciones conflictivas y trastornos funcionales de la alimentación materna del bebé que llegan a esta entrevista. De todos ellos quizás el más frecuente es el paso precoz al biberón vivido como problemático algunas veces por el bebé y otras por la madre.

— Otra cuestión abordada en la entrevista es el llanto. Cuando éste es persistente, pone rápidamente en cuestión el buen hacer, los buenos cuidados, la capacidad de calmar de los padres, que son confrontados, sobre todo si se trata del primer hijo, con sentimientos de incapacidad, de impotencia y subsiguientemente de agresividad y de culpa. A veces ya han recurrido al pediatra y realizado

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

constantes pesadas del bebé que no han resuelto la incógnita del supuesto dolor o hambre. Cuando la situación se ha complicado, vienen entonces con un cuadro de cólicos del primer trimestre. Es evidente que los bebés son diferentes y en este sentido el azar y la suerte juegan sus dados para los padres y, por supuesto también para el niño. El grado de «irritabilidad» y de «consolabilidad» —términos anglosajones recogidos por S. Lebovici— es indiscutiblemente diferente según el bebé. A veces no puedo dejar de admirar el buen funcionamiento de algunos padres con bebés que empiezan siendo francamente difíciles y llorones y que lo pasan mal un tiempo, pero sorprendentemente no se desorganizan, acaban aceptando su impotencia, no se asustan en exceso y toleran que su hijo pueda tener ciertas naturales experiencias de dolor confiando en los buenos consejos del pediatra y en la propia naturaleza y evolución del bebé. Estos padres suelen no tardar demasiado en ver el fruto de su buen funcionamiento.

— Finalmente, otro material traido a esta entrevista es el que tiene que ver con las depresiones posparto, que no corresponden, hasta ahora en ningún caso, con los cuadros depresivos que los tratados de Psiquiatría clásicos describen como psicosis. En cambio, con mucha frecuencia las madres refieren un estado peculiar de ánimo como una especie de tonalidad agridulce con aromas de pérdida, de sufrimiento y tristeza, entremezclados con otros de júbilo, descubrimiento o reencuentro. En general esta emotividad la sitúan en los días que pasan en la clínica maternal o en relación con el retorno a casa. Con frecuencia el momento más difícil tiene lugar al día siguiente del regleso, cuando se quedan ya a solas con el bebé, y que el marido se ha ido al trabajo. A veces, no coincide con el retorno, sino con la marcha de la madre que, tras unos días de acompañar a la hija, vuelve a su

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

domicilio. En cualquier caso la presencia de la pareja, si es insuficiente, potencia los sentimientos de tristeza en la mujer. Este tipo de cuadros coincide más o menos con las «Maternity blues» de los autores anglosajones sólo cuando las madres me lo cuentan como una historia recientemente pasada, ya desaparecida. Sin embargo, con bastante frecuencia estos estados emocionales se prolongan uno o dos meses más, coincidiendo a menudo con trastornos funcionales del bebé. Son múltiples los elementos que configuran estos estados de carácter depresivo: los sentimientos de pérdida ligados al parto, los sentimientos de culpa de haber hecho realidad algo prohibido, el estado físico de cansancio generado tanto por el parto como por la lactancia materna o por el sueño a intervalos, o el sentirse atada por los cambios de vida impuestos por los cuidados del bebé. Si esta entrevista la comparamos con la de antes del parto, la gran diferencia es que la madre puede ahora contemplar el bebé en sus brazos, o en el capacho, y el bebé a su madre. Entre los dos hay un espacio de separación visible para el observador. Este espacio, lleno de evocaciones lejanas para la madre, tiene un lugar de representación en el mundo psíquico de ella, en el que existe una vida fantasmática, una organización simbólica y un lenguaje. En cambio, en el mundo del bebé este espacio es, si acaso, un espacio potencial donde, eso sí —si todo va bien—, se desarrollará posteriormente el juego con los objetos transicionales. El bebé del mundo psíquico de la madre está situado en el lugar de los objetos y es siempre, en cierto grado, un bebé con connotaciones simbióticas muy cargado de identificaciones proyectivas que son en buena parte necesarias. Este bebé fantasmático e imaginario va a ser fuertemente contrastado por la madre, en las primeras semanas después del parto, con el bebé real. El espacio físico que la madre ve entre ella y su bebé, la remite al espacio interno situado entre el Yo y los objetos, espacio que mira con ambivalencia. Por un lado es un espacio de separación,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de duelo y de sufrimiento, que a ella le costó cruzar para tener acceso a la palabra, para poder ver a su madre en frente y verse a sí misma. Por otro lado el bebé cobra para ella el papel de un señuelo seductor que la incita a revivir la experiencia simbiótica, si acaso quedaron pequeñas o mayores insatisfacciones. La madre ha de decidirse con un «Alea iacta est» a cruzar el Rubicón. Pero el bebé real y externo, separado físicamente de ella, y con vida propia, advierte que en el fondo el Rubicón no se cruza nunca, más que en la barca de la ilusión y la fantasía. El trasiego de las idas y venidas en esta barca, con el bebé de carne, hueso y llanto como faro, es el que produce quizás el cansancio de las madres, acaso más aún que la fatiga física del parto. Ilusión simbiótica, miedo a las angustias de separación, placer de un triunfo edipiano incestuoso y culpa, son todos ellos los ingredientes de la depresión posparto.

Pero no son solamente los materiales que a esta entrevista traen, en forma de relato, los que me orientan acerca de lo que está sucediendo, sino toda la comunicación verbal y no verbal que presencio y en la que de algún modo participo.

Es ahí cuando oigo, por ejemplo, a algún padre decir: «Pero mujer ¿cómo lo coges así? Así no. No ves que así está molesto... Claro, así te llora..., trae acá, anda. Desde luego... pobre niño. Menos mal que está aquí tu padre». Esta es la escena del padre subrepticiamente celoso del hijo, o la escena del padre rabiosamente identificado con su bebé que ahora, ya adulto, puede quejarse verbalmente a su mujer-madre de antiguas insatisfacciones, o todavía puede ser, la escena del padre que rivaliza con su mujer reivindicando para él el papel de madre.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

El bebé, al igual que el padre, también participa en la entrevista como sujeto activo confirmando hipótesis o rebatiéndolas con su llanto o su sosiego. Las transacciones observadas entre madre, padre y bebé son sin duda de un valor clínico inestimable. Aún en los casos en que los tres personajes hacen gala de un buen funcionamiento, cuando termino la sesión, tengo la impresión de haber intervenido preventiva o terapéuticamente en un par de ocasiones. Pero evidentemente cuando los problemas son relevantes y existe o se configura una demanda, propongo entrevistas con una clara definición terapéutica. Las intervenciones en el curso de la entrevista habitual o en las consultas terapéuticas que se deriven, las establezco, en este período, teniendo en cuenta algunos principios o consideraciones de base:

— El contraste entre bebé fantasmático y bebé real conlleva situaciones más o menos importantes de duelo o de negación de duelo.

— Es frecuente la reactivación de la neurosis infantil en la madre —B. Cramer cita a L. Kreisler en este punto— y yo creo que también en el padre.

— Este período de la vida de la madre, que se inicia ya antes del parto, es como un «período sensible» del desarrollo de los que habla Bowlby y, por tanto, un momento plástico e influenciable por el entorno y en concreto por las intervenciones terapéuticas.

—No me parece indicada la pretensión de transformaciones profundas en los padres —al menos en lo inmediato— y así, en cambio, es de gran valor la comprensión

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

y el rescate, cuando es posible, de algún elemento preconsciente muy accesible que fortalezca al yo de los padres y les permita asumir sus funciones.

— Tengo también en cuenta que la díada madre-bebé está incluida en un sistema familiar abierto más amplio, en el que el padre ocupa un importante papel y con frecuencia también las familias de origen, a través de leyes y mensajes transgeneracionales.

— Finalmente suscribo de lleno la opinión de S. Lebovici cuando en el coloquio de Mónaco decía: «El terapeuta intervendrá poco a este nivel; se contentará con resaltar las capacidades del niño, y las de la madre para comprenderlo y calmarlo. No se erigirá en educador, señalando lo que hay que hacer o no hacer, lo que conduciría a dañar la capacidad de «maternalidad» de la madre y las posibilidades del niño de «parentalizarla».

ANTICIPANDO EL FUTURO

Pues bien, días o semanas después de esta entrevista posparto, tienen lugar las dos charlas de Salud Mental en las que apenas me detendré. En la primera, trato de presentarles el dinamismo evolutivo del bebé y del niño, centrándome sobre todo en los primeros años. Cómo el niño va entendiendo el mundo, relacionándose con su entorno, planteándose diferentes problemas, o disfrutando de sus adquisiciones.

Trato, sin duda, de estimular la comprensión de los padres, sus capacidades de identificación con nuevas situaciones de su hijo, a través sobre todo de escenas evocadoras, que van constituyendo una historia novelada.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Evito caer en tecnicismos o alcanzar altas cotas informativas. Pretendo más bien que en la sesión misma los padres puedan hacer como el caminante cuando levanta la vista del entorno más próximo que va encontrando, y mira a lo lejos. Después podrá seguir caminando como hasta entonces, o modificar su paso, pero ya con la sensación de estar mejor situado con respecto al horizonte. Ni el caminante, ni el niño dejan de andar y es de gran importancia que los padres vean a su hijo como un ser en evolución. Lo que más nos inquieta son esas historias planas, sin tiempo, en las que el niño siempre ha sido así.

Más coloquial es la segunda charla en la que los padres son los protagonistas. Se trata de hablar de la historia futura de los investimientos parentales y sus vicisitudes al son que va marcando la evolución del niño.

Se retoman algunos de los puntos aludidos en la entrevista posparto, las vivencias de la madre que vuelve a su trabajo tras el permiso de maternidad, los sistemas de guarda del niño, las ausencias de los padres en diferentes edades, sus vivencias en torno a los primeros pasos del niño, a la alimentación infantil, al control de esfínteres, a las actitudes oposicionales, a la sexualidad, a la escuela, etc. Es indudable que por muy coloquial que sea la charla, tiene un componente importante de elementos informativos, pero procuro utilizar un lenguaje circular, dialéctico, evitando lo lineal y simple que tiende a constreñir las posibilidades de espontaneidad parental. Si me siento optimista, puedo hasta ver con orgullo, que sólo dos madres me hayan pedido un libro sobre el desarrollo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

psíquico del niño; si mi optimismo es menor, pienso que, realmente, se lee muy poco.

Estos son pues los espacios para lo psíquico de nuestro Programa materno-infantil que me han parecido más próximos al tema de las primeras relaciones del niño. Dejo de abordar otros espacios del Programa de naturaleza similar como son la reunión semanal del equipo, el trabajo con el pediatra, el ginecólogo o la asistente social, o el grupo Balint con educadores de guarderías y, por supuesto, las múltiples demandas específicas de Salud Mental que van surgiendo antes y después de terminado el Programa. Estas demandas dan lugar a diferentes formas de intervención que van desde la psicoterapia individual infantil hasta, por ejemplo, la intervención institucional en una guardería de empresa, para que la admisión de los bebés de las empleadas no se hiciera «exactamente en el octavo mes», en el acmé de las vivencias de extrañamiento.

No voy a extenderme sobre los defectos del Programa y sus limitaciones, que creo conocer bien y que tienen que ver sobre todo con las estructuras sanitarias desde las que el Programa se realiza. Se está afortunadamente pasando de la secular estructura sanitaria de «reinos taifas», a una estructura más planificada y coherente, pero el cambio aún se está produciendo. Las funciones de este Programa deberían ser asumidas desde las nuevas estructuras en las que la colaboración inter-institucional podría subsanar gran parte de las deficiencias actuales. Mi recelo es que este tipo de funciones, que apenas tienen lugar hoy, lleguen en un futuro próximo a desaparecer, dado el escaso valor que se concede, incluso en nuestros ambientes profesionales, al trabajo preventivo centrado en las primeras relaciones del niño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Termino con un caso:

La madre de una niña de diez meses me llama por teléfono. «Dr., no sé si se acuerda de mí, soy del Programa materno-infantil. Hemos tenido un accidente de coche, y yo iba con la niña. Tengo miedo a que le pase algo. Mi marido y yo queríamos hablar con Vd.». Me cercioré de que no habían tenido daños serios y le dí una cita. Viene ella sola. «Mi marido no pudo venir, pero aquí traigo un magnetofón para que él lo oiga». Durante mucho rato me relató el accidente sin que yo lograra saber por qué consultaba. Al fin me dijo: «Es que la dejé caer, doctor, y usted ya sabe qué traumatizada estuve yo, porque siempre me pareció que mi madre no me quería». Comprendí, mientras me hablaba, que en realidad venía para que le dijese que su hija no estaba traumatizada de ver que, en el accidente, llevada sin duda por sus propios actos reflejos, ella no la había protegido suficientemente. La culpa la había convertido, a los ojos de su hija, en alguien como su propia madre, o quizás, de nuevo ella había repetido con su hija algo que tenía la impresión de haberle hecho a su madre, razón por la que imaginaba que ésta no la había querido.

Como en este caso, muchos padres no se permiten a veces saber de sus naturales sentimientos agresivos y, por tratar de evitarles tanto, pueden en cualquier momento aparecer tiñendo una escena de negligencia intencionada, egoísmo, falta de protección y, finalmente, de culpa, cuando la escena real no tenía ninguna de estas connotaciones. Como la gravilla o la arena, la agresividad es un elemento importante en la construcción de una relación sólida siempre que esté bien mezclado con el cemento del afecto y en las proporciones debidas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

La madre se fue tranquila, sabiendo además que podría volver y yo me quedé pensando en los ecos y repercusiones que aquella consulta podría tener en los investimientos maternos sobre la hija. Sin duda la compulsión a la repetición volvería. Quizás la experiencia de la consulta las primeras veces le fuese útil, pero ¿durante cuánto tiempo? Me consolé pensando que las vacunas pierden también su vigencia. De una cosa estaba seguro: que este tipo de demandas, y otras muchas realmente graves, no llegarían a hacerse hoy en nuestro medio, o al menos en tan buenas condiciones, de no llevarse a cabo un trabajo preventivo, que se llame Programa materno-infantil o que se le ponga cualquier otra etiqueta de moda.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

BIBLIOGRAFIA

(1) BOWLBY, John: «El vínculo afectivo». Buenos Aires. Ed. Paidos. «Biblioteca de Psicología». 1976, pp. 186-191.

(2) CRAMER, Bertrand y otros: «Psychanalyse de l'enfant? Colloque de Monaco». París, Ed. du Centurion. «Journal de la psychanalyse de l'enfant». Paidos, 1987, p. 194.

(3) LEBOVICI, Serge: «Le nourrisson, la mère et le psychanalyste». París, Ed. du Centurion. Paidos, 1987, pp. 116-118.
Ed. castellano: Ed. Amorrortu, 1986.

(4) LEBOVICI, Serge y otros: «Psychanalyse de l'enfant? Colloque de Monaco». París, Ed. du Centurion. «Journal de la psychanalyse de l'enfant». Paidos, 1987, p. 183.

(5) LEMAIRE, J. G.: «La Relaxation», París. «Petite Bibliothêque Payot», 1964, pp. 68-167.

(6) WINNICOTT, D. W.: «Jeu et réalité». Francia, Ed. Gallimard. Connaissance de l'inconscient», 1985, pp. 9-40.
Ed. en castellano: Gránica, ed. 1972

P.: **Eulalia Torras de Bea,** Barcelona. «Me interesó mucho la ponencia del Dr. Cabaleiro, desde el ángulo de esta creación de un espacio en el cual las cosas se sepa que existen, y se las pueda nombrar. Y el nivel de intervención que él refería me ha interesado mucho también, en el sentido de hacer saber que estas cosas existen, pero sin ser intrusivo, sin invadir, respetar mucho el que las cosas salgan sin forzarlas.

Luego, quisiera hacer un pequeño comentario sobre la cuestión de lo que ha llamado **comentarios yatrogénicos,** esto de «señora, su leche nunca será buena» o «este niño nunca le va a comer». Yo pensaba que, al menos en mi experiencia, estos comentarios yatrogénicos tienen que caer en la fantasía de la madre, y en el nivel de proyecciones e introyecciones de la madre, porque sino el médico hace muchos comentarios pero la madre no los recoge, tiene que ser alguien que esté poniendo en palabras lo que es un temor de ella. Y, a veces incluso, es otra experiencia mía, es algo que en aquel momento pasó desapercibido lo que después se convierte no se sabe si en una construcción, o algo real que sucedió».

R.: Estoy totalmente de acuerdo en que, efectivamente, lo que va a hacer que un comentario se convierta en yatrogénico tiene, sin duda, mucho que ver con las fantasías de la madre, que eso sufre todo un proceso de transformación «aprés coup», que es lo que relatan y no exactamente lo que sucedió. Esto es lo que se da con frecuencia cuando se habla de ello, por ejemplo, en una primera entrevista de psicoterapia, cuando el niño ya está en el colegio y han pasado años de aquello.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Lo que yo quería remarcar es que hay una sensibilidad tremenda de las madre en esa época. Por eso me referí a Bowlby y a esos «períodos sensibles» que tienen tan enorme valor en el desarrollo, ese período que, una vez pasado, ya hay cosas que no se pueden organizar pero que durante él hay cosas que se organizan y se desorganizan.

Yo creo que hay en las madres un período que constituye una unidad, que abarca el embarazo y algunos meses después del parto, en que la sensibilidad es muy grande y que las consecuencias de comentarios de ese tipo son graves.

Se podría hacer un paralelismo entre el valor que tienen los restos diurnos en la constitución del sueño, y el valor que tienen estos comentarios en el psiquismo de la madre.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6