

La psicopatología del lactante.

La psicopatología de la temprana relación madre-padre-lactante

Dr. José Luis Salinas Fernández*
Dr. J. Armando Barriguet **
Dra. Julia Casamadrid***

El interés por lo que sucede desde una perspectiva clínica durante los primeros tres años de la vida ha sido creciente en el ámbito del psicoanálisis y la psiquiatría. Los innumerables estudios sobre la psicología del desarrollo temprano así lo atestiguan, y esto ha sido llevado a cabo tanto en el trabajo con el infante presente en la situación clínica como con *el infante reconstruido*; esto es, mediante la herramienta de observación psicoanalítica que reconstruye los procesos de formación de la mente humana mediante la aplicación de la técnica en un setting clínico adecuado y llevada a cabo por un profesional capacitado para la tarea; el denominado "psicoanalista".

Si bien el diseño clínico expuesto está muy próximo a cumplir la centuria; han sido otras herramientas clínicas derivadas del anterior, en cuanto a los postulados teóricos, que no ha la aplicación precisa de la técnica, los que nos han permitido tener acceso clínico a otro tipo de población dentro del estudio de la gran familia humana, y con esto nos estamos refiriendo al estudio clínico de la familia como un todo, como el grupo primario que es, así como al estudio de la dinámica de la relación marital.

Pues bien, desde los inicios de la década de los ochenta y fundamentalmente en Francia con Cramer y Lebovici se inició el estudio en la situación clínica de la observación y tratamiento de la temprana relación madre-padre-lactante.¹

En el consultorio clínico, se dan cita una madre con su lactante en brazos, un padre y uno o dos psicoterapeutas adiestrados (una pareja coterapeuta estable) en el estudio de la psicopatología del lactante o psiquiatría del lactante, como también se le conoce.

Lo que vamos a tratar en esta, muy particular, experiencia clínica es al lactante sintomático a una madre o un padre con conflictos en cuanto al desempeño de su función parenteral. Lo anterior no significa que intentemos establecer una comunicación verbal con el pequeño sintomático, sino a lo que vamos a prestar es a los conflictos psicológicos inconscientes que arrastran sus padres y permean la interacción cotidiana de crianza produciendo alteraciones fundamentalmente en el desempeño fisiológico del pequeño, como posteriormente ilustraremos.

*Especialidad en Psicopatología del Lactante; Facultad de Medicina, Paris XIII, Bobigny, Francia; Postgrado México XXI; Casa de Francia en México. Director Asociado Proyecto UVE-A, Embajada de Francia.

** Especialidad en Psicopatología del Lactante; Facultad de Medicina, Paris XIII, Bobigny, Francia; Postgrado México XXI; Casa de Francia en México. Director Proyecto UVE-A, Embajada de Francia.

*** Investigadora en estudios de la mujer y Especialista en Psicopatología del Lactante. Coordinadora de la Dirección de Educación Proyecto UVE-A, Embajada de Francia

Correspondencia: jlsalinas@ mexis.com

Lo que vamos a observar, tratar de comprender, y devolver verbalmente a los padres en la consulta y que de hecho es lo que justifica la presencia del pequeño en el cuarto de consulta, es por ejemplo, la calidad del vínculo que se establece entre la madre y el lactante en lo referente a la mirada, la vocalización, 'juego y la sintonía del contacto afectivo entre ambos.

Así mismo tendremos una gran fuente de información si observamos por ejemplo sobre como sostienen los padres al lactante en brazos, ¿cómo es ese diálogo tónico?; ¿cómo responde el pequeño a esa conducta de los padres?; cuando se encuentran con la mirada, ¿se establece realmente una comunicación madre – hijo, o padre – hijo, o sólo es una mirada preñada de vacío afectivo?. Igualmente observamos la calidad del vínculo que ambos progenitores tienen establecido entre ellos como pareja marital y la relación que como pareja, ya no como individuos, mantienen con su pequeño hijo.

Se trabaja pues con la observación directa.

El lactante es un verdadero participante en la consulta, no un mudo testigo de ella, no nos restringimos a escuchar lo que la madre o el padre dicen de su hijo sino que observamos la interacción, de ahí que el título genérico de esta subespecialidad es el del estudio de las tempranas interacciones. Mismas que van a estar matizadas por el testigo de la historia inconsciente de los progenitores, de las vicisitudes de ellos como hijo de sus padres, los ahora abuelos, del análisis de esa remota situación que ellos vivieron como hijos, en sus aspectos tanto sanos como conflictivos, y que son los que vienen a reeditarse en la circunstancia actual.

Este es un campo clínico que debe de ser extendido a una amplia gama de profesionales y que de ninguna manera debe de estar restringido a los psicoterapeutas; asumimos que el pediatra, el medico familiar y el trabajador social orientado hacia los trastornos de la conducta, verían favorablemente ampliado su armamentarium terapéutico si se capacitan en este campo que les brinda la inclusión de la variable psicológica por demás siempre presente en cualquier circunstancia clínica; y por demás en el presente caso en donde existe un lactante sintomático que es lo que suele constituirse en mayoría de los casos en el motivo de la consulta.

Del ser madre. Aspectos psicológicos del embarazo

Pocas noticias a lo largo de la vida del hombre y de la mujer pueden impactar más que la noticia de saber que se va a tener un hijo. Saber que se va a ser padre o madre, es una noticia que avasalla y que requiere de un tiempo

para ser procesada. El impacto emocional que produce en la mujer el saberse embarazada es tan grande que con frecuencia es acompañada de sentimientos ambivalentes y contradictorios; alegría, tristeza, felicidad y preocupación conviven simultáneamente en el sentir de la pareja embarazada.

El embarazo es una etapa considerada de crisis. Una etapa que al igual que en la adolescencia y climaterio, se llevan a cabo cambios muy importantes en las esferas biológica, psicológica y social; cambios que van a repercutir no nada más en la mujer, sino en su pareja y en su grupo social.

Los cambios físicos que se presentan durante el embarazo son de los más abruptos y violentos que se dan a lo largo de toda la vida de la mujer, quizá son más drásticos que los que vive durante la adolescencia y climaterio, ya que los cambios físicos del embarazo se producen en un lapso muy breve, un lapso no mayor de 5 a 6 meses.

La mujer embarazada vive la mayoría de estos cambios como desagradables y pueden provocarle sentimientos de devaluación, inseguridad, irritabilidad y depresión; por lo que la futura madre tiene que realizar rápidamente ajustes intrapsíquicos para poder restablecer el equilibrio psicológico que se ve amenazado por las modificaciones corporales que alteran significativamente la representación interna que tiene de su esquema corporal. La calidad de los ajustes y la facilidad para hacerlos, dependerá de la estructura de personalidad de base que tenga la mujer embarazada, de su historia personal, del significado que le de a la sexualidad y a la femineidad, y de la calidad de sus relaciones interpersonales.

A la mujer le lleva tiempo tener una clara conciencia de que se está gestando dentro de su vientre un nuevo ser.

El primer trimestre del embarazo, al no tener ningún tipo de inflamación propioceptiva que le indique la presencia de algo diferente a ella, en su cuerpo, la mujer tiene la sensación de que no existe entre ella y su lactante diferencia alguna, ni orgánica ni emocional, por lo que considera al feto que se encuentra en formación, como una parte indiferenciada de ella. Es a partir del cuarto mes de gestación, y por el registro de los primeros movimientos del lactante dentro de su vientre, que la madre toma conciencia de que su cuerpo alberga a un nuevo ser, no sólo como una abstracción intelectual, sino lo vive como una realidad, como una sensación física, corporal.

Es en este segundo trimestre de gestación que la madre percibe al feto como algo claramente diferente a ella, ya que con sus movimientos el lactante pone en evidencia que tiene vida propia y que su desarrollo no está controlado ya por la madre.

Esta extraña sensación de sentir un nuevo ser dentro de su vientre, una vez que es aceptada y elaborada psíquicamente, produce asombro y un gozo indescriptible en la mujer embarazada. Le provoca a la mujer un sentimiento de completud que difícilmente puede volver a experimentar a lo largo de toda la vida. Pero cuando la psique de la mujer es frágil, esta sensación la puede vivir como una amenaza a su integridad y puede desencadenar un desequilibrio emocional que la lleve a rechazar el embarazo o a presentar diferentes grados de somatizaciones.

En la etapa del embarazo se reviven principalmente conflictos no resueltos relacionados con la sexualidad. Esto es debido a que el cuerpo de la mujer embarazada es una manifestación visible hacia el mundo exterior de que ella ha tenido relaciones sexuales. Su vientre es la representación tangible de la presencia de su compañero sexual.

Es la clara evidencia de haber ejercido su sexualidad y también, por qué no, de haberla gozada. Y eso, si la mujer no ha logrado consolidar una adecuada identidad psicosexual, puede producirle sentimientos de vergüenza y culpa.

Durante el embarazo la intimidad de la pareja parental se ve alterada. Con el embarazo, ya no están la mujer y el hombre solos, ya hay un nuevo ser en medio de ellos dos. Ya no son dos, sino tres. Aceptar un cuerpo en donde hay "dos en uno", aceptar a una pareja en donde hay "dos en uno" no es fácil; elaborar este cambio lleva tiempo y un trabajo psíquico interno importante.

Con mucha frecuencia a partir del momento en que la pareja sabe que está embarazada, sus relaciones sexuales se modifican. La mayoría de las parejas temen acercarse sexualmente a su compañero, el deseo sexual disminuye, las relaciones sexuales se vuelven esporádicas y en ocasiones poco placenteras.

Las parejas justifican este comportamiento diciendo que se debe al temor que tienen de causarle algún daño al feto durante el coito. Pero no se dan cuenta, que esto es debido principalmente a la dificultad de integrar las imágenes de madre-mujer y de padre-hombre y al sentimiento de inseguridad y de rechazo que los cambios corporales producidos por el embarazo generan en la pareja.

Con relación a los cambios psicológicos que se presentan durante el embarazo podemos afirmar que el hombre y la mujer, guardado las diferencias biológicas inherentes al género y a la manera socialmente aceptada de asumir los roles de la paternidad, presentan aspectos intrapsíquicos semejantes.

Posiblemente el fenómeno psicológico que mejor defina y matice a la etapa del embarazo sea la regresión. Es decir, la presencia de sentimientos, actitudes y comportamientos infantiles que se tenían con anterioridad y que habían sido ya superados, pero que durante el embarazo vuelven a surgir. Esto se debe a que los procesos biológicos de la función reproductora están cargados de afectos psicológicos regresivos.

La mujer embarazada se siente indefensa, busca relaciones que le ofrezcan contención y protección. Busca relaciones que alivien los sentimientos de indefensión y de ambivalencia que generalmente acompañan a esta época. Es por esto y por procesos identificatorios que la relación con la figura materna cobra un especial significado. El ser padre o madre genera en la pareja parental una regresión a sus propias infancias, al tipo de hijos que fueron y al tipo de padres que tuvieron. En las parejas embarazadas es frecuente encontrar pensamientos mágicos, pensamientos que no siguen la línea del pensamiento lógico y racional que caracteriza al pensamiento adulto. Encontramos con frecuencia que la mujer embarazada presenta pensamientos supersticiosos, punitivos, amenazantes e irracionales.

Durante el embarazo se da en la mujer, y también en el hombre, aunque en diferente intensidad, una situación libidinal regresiva. Es decir, durante el embarazo se pierde el interés en el mundo exterior y se centra la preocupación y motivación, en lo que suceda alrededor del feto en formación.

Como se ha dicho, esa a partir del cuarto mes del embarazo y con la percepción de los movimientos del feto en su vientre, que la madre lo percibe como algo claramente diferente de ella. Lo mismo le sucede al padre, porque él también, al tener la posibilidad de ver y de sentir, al poner su mano sobre el vientre de su pareja, los movimientos del feto lo reconoce como una entidad separada de la madre.

Ahora se tiene la percepción del hijo independiente de uno, no como parte del self. Es por eso, que es a partir del cuarto mes del embarazo que se puede hablar de una relación con el hijo, y por lo tanto del inicio del vínculo materno-paterno-infantil.

Por lo tanto, consideramos que las primeras interacciones de la triada madre-padre-lactante no se inician con la vida postnatal del niño, sino éstas se inician cuando el feto se encuentra todavía dentro del vientre materno. Es con ese niño, que no se puede tener todavía entre los brazos pero que tiene ya una presencia física y una representación en sus padres, con quien se inicia las primeras interacciones.

Saber que se va a tener un hijo, que se va a ser padre o madre, es una noticia que avasalla y que requiere de un tiempo para ser procesada. "La naturaleza es sabia" dice el viejo adagio, y el proceso del embarazo es la prueba fehaciente de esa sabiduría. Esos nueve meses, esas 39 semanas de embarazo en las que el feto alcanza dentro del vientre materno su completo desarrollo, es un tiempo con que se cuenta para aceptar intrapsíquica e interaccionalmente todo lo que implica ser padres.

El embarazo es un tiempo para ir preparando el nido para el feto, para saber aceptar su llegada. Es un tiempo en fin para asumirse como padres, para desarrollar el "self de crianza". El self de crianza que es una organización psíquica que cobijará al hijo y que determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos relacionados con el cuidado y desarrollo del niño, y que capacitará a los padres para vincularse con su hijo y para brindarle una respuesta empática a sus necesidades. Nuestra experiencia nos permite asegurar que no existe embarazo exento de angustia y vulnerabilidad, y que paradójicamente estos sentimientos se encuentran inmersos en afectos de alegría y de omnipotencia.

Que en el embarazo se presentan sentimientos ambivalentes y conflictivos y que si no se resuelven adecuadamente, pueden llegar a provocar en el vínculo madre-padre-lactante una situación de déficit y de patología.

Pero también es importante recordar que el embarazo, es una experiencia única, estructurante y que es a través de él que se logra la completa identidad psicosexual del hombre y de la mujer. Que el embarazo brinda a la pareja parental la oportunidad de crecer y de madurar; de reparar sus objetos dañados, de aumentar su autoestima y de integrar su propia historia.

El comprender todos estos fenómenos que se llevan a cabo durante el embarazo, y tener la posibilidad de interactuar terapéuticamente con parejas embarazadas, nos brinda la invaluable oportunidad de darle a nuestras intervenciones terapéuticas un carácter profiláctico, un carácter preventivo que es la meta última de todo quehacer científico.

De los motivos de la consulta

De acuerdo con P. Mazet y S. Stoler³ las expresiones sintomáticas o las manifestaciones del sufrimiento psíquico de un lactante pueden ser agrupadas en cuatro grandes rubros:

La expresión somática

Como es fácil comprender en los primeros meses de vida, el cuerpo se constituye como un lugar de privilegio para la representación del malestar o del sufrimiento y éstos están muy frecuentemente manifestados por los trastornos del sueño y de la alimentación agregándose a éstos trastornos digestivos e intestinales (cólicos idiopáticos del primer trimestre, vómito mericismo o rumiación, y trastornos esfunterianos). Trastornos del aparato respiratorio (llanto espasmódico, asma). Trastornos de la piel; etc. No es este el espacio para extendernos en la descripción de tales constelaciones sintomáticas.

Sólo consideremos que estas manifestaciones no comienzan ni terminan en el pequeño paciente, sino que son consecuencia de las disarmonias interactivas entre él y sus padre y también una vez aparecidas en escena, producen un malestar mayor o menor en ellos, lo que puede agravar el cuadro al establecerse una relación cargada de tensión o angustia. Existen además otros trastornos que podemos agrupar en: Trastornos del desarrollo; Alteraciones de la conducta, y de la expresión mental.

Como puede verse existe una gran variedad de cuadros sintomáticos en el lactante que contienen un gran montante de contenido psicológico derivado de ese complejo sistema que se establece entre un pequeño absolutamente dependiente de sus padres y éstos con sus conflictos en cuanto a la crianza, que debe de ser comprendido por el clínico tratante y cuyo manejo dista mucho de ser el de la única prescripción de un psicofármaco.

La consulta terapéutica

Esta es una modalidad terapéutica para el manejo de los aspectos emocionales de las relaciones tempranas madre-padre-lactante (desde recién nacido hasta los tres años de edad), se llama *consulta terapéutica* a partir de Winnicott (1962), y Lebovici (1983; Barriguete, Lebovici & Salinas 1998a, 1998b), ya que desde la primera entrevista diagnóstica, se generan nuevas reflexiones en los padres que sean terapéuticas en el lactante, y que facilitarán a los padres mejores capacidades parentales, al activarse el llamado "Self de Crianza" (Barriguete & Salinas 1999), el cual incluye toda la gama de capacidades emocionales y conductuales de los padres para criar a sus hijos.

En la *consulta terapéutica* se exploran los determinantes emocionales implicados en las dificultades relacionales de la madre y lactante. Y que son uno de los componentes frecuentes de la consulta pediátrica a través de sintomatologías como los trastornos del sueño, de la alimentación, etc.

Secuencia clínica de la Consulta Terapéutica:

La *consulta terapéutica* es una modalidad clínica específica, en donde se busca descubrir los lazos existentes entre las interacciones conductuales, es decir todo eso emocional que condiciona a la relación temprana.

Por ejemplo si la madre sufre de una depresión post partum, sus interacciones con el recién nacido estarán matizadas desde una subestimulación o abandono, hasta miedos importantes que dificultarán las relaciones tempranas con el lactante y su pareja.

La *consulta terapéutica* puede ser llevada a cabo por un especialista de la medicina y de la psicología que tenga una formación adecuada (ver al final de esta sección). Por lo cual es importante conocer en que secuencia se lleva a cabo:

1. Explorar el motivo de la consulta.
2. Dejar a los padres interactuar libremente con el lactante. En caso de contar con una cámara de Gesell, dejarlos solos con el lactante y observarlos detrás del espejo. La observación de las interacciones madre-padre-lactante se hace igualmente durante la entrevista.
3. Realizar la entrevista recuperando los puntos referentes a la historia familiar, cuando menos de tres generaciones, lo que se le llama el árbol de Vida y transmisión transgeneracional: todo aquello que ponen en nosotros nuestros padres, tanto lo que ellos piensan abiertamente como lo que ellos tienen en sus adentros y muchas veces es inconsciente. Esta parte se refiere a las interacciones emocionales mencionadas anteriormente como determinantes de las Interacciones tempranas.
4. Se sugiere seguir los lineamientos del modelo de evaluación familiar (Salinas 1992), para explorar en detalle la dimensión trigeneracional, las interacciones y los contenidos emocionales de las mismas., así como conocer el nivel de funcionamiento mental de la familia, ya que no es lo mismo trabajar con pacientes con un nivel emocional alto a familias primitivas que tienen dificultad en verbalizar y representar las dificultades emocionales.
5. Debemos de pensar que la historia individual de los progenitores fundamentalmente aquella contenida en el aspecto inconsciente de su mente, es transmitida a su descendencia desde muy temprana edad, prácticamente desde su nacimiento - en nuestra experiencia hemos tenido lactantes sintomáticos de 29 días de nacidos- a través de sus conflictos, deseos fantasías.
6. En el momento que los padres hacen consciente la

manera en que incide su conflictiva temprana en las interacciones con el lactante y con su pareja, parte fundamental de los procesos de parentalidad (maternaje principalmente, pero también paternaje), la madre y el padre pueden modificar más fácilmente su manera de relacionarse, e incluso darse cuenta de la necesidad de entender mejor su historia, con el objeto de ser capaces de disfrutar la maternidad y paternidad, propiciando que estas etapas sean un elemento positivo para su crecimiento psicológico.

7. Muchas veces las consultas terapéuticas pueden desembocar en la orientación de los padres para algún programa del tipo de escuela para padres; educativo; o terapéutico de alguno de los padres, o bien de la pareja parental.
8. La consulta terapéutica debería provocar en ellos el paso al descubrimiento de una noción de crecimiento y desarrollo continuo más apegada a la realidad, entendiéndose éste no es estático y que estamos en constante interacción con los demás y nuestro medio.
9. Este tipo de conocimientos permite que la *sintonía afectiva* (Stern, 1985), entre la triada, se establezca sanamente, permitiendo que los movimientos anticipatorios de mamá respondan a los intereses del niño y por ende de una mamá *suficientemente buena* (Winnicott, 1970); una madre que no quiere ser perfecta, con un padre que tampoco lo pide.
10. Este tipo de consultas pueden ser aplicadas en situaciones transculturales: *consulta terapéutica transcultural*, es decir, que el lactante y la mamá solicitantes de la consulta provienen de una cultura diferente a la de los terapeutas (en situación de migración); o bien, que el paciente o el terapeuta se encuentren en un país diferente al de origen. Es importante seguir los lineamientos clínicos de la llamada consulta etnopsiquiátrica madre-niño expuestos por Moro(1995, & Barriguet, 1998). La consulta es en grupo, no en la modalidad clásica (ya que lo individual en muchas culturas, está reservado a lo sexual y a la brujería). Explorando de inicio la dimensión cultural, para conocer sus representaciones ontológicas y etiológicas tradicionales, antes de entrar en la sintomatología física y emocional, la cual sin el contexto cultural no sería posible entenderla.

Investigación y formación a distancia

El estudio de la *Psicología del lactante* es objeto de un intenso trabajo de docencia e investigación de parte de nuestro equipo, destacando la creación de un Diplomado, el cual genera las bases para la investigación.

Bibliografía

1. **Barriguet JA, Salinas JL.** La consulta terapéutica: La familia en el bebé. In: Vives J (Compilador). *Violencia Social, Sexualidad y Creatividad*. Plaza y Valdes Editores. México, 1999: 215-226.
2. **Barriguet JA, Lebovici S, Salinas JL, Mazet PH, Maldonado-Durán M.** El papel del padre en la alimentación y sus dificultades. In: Lartigue BT, Maldonado-Durán, M, Avila R Héctor (Coordinadores). *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. Raza y Valdes Editores. México, 1998: 257-272.
3. **Barriguet JA, Lebovici S, Salinas JL, Mazet PH, Maldonado-Durán M.** La Consulta Terapéutica en algunas alteraciones de alimentación del lactante. In: Lartigue BT, Maldonado-Durán, M, Avila RH (Coordinadores). *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. Plaza y Valdes Editores. México, 1998: 391-406.
4. **Barriguet JA, Moro MR, Aguilar C, et al.** Étude préliminaire des soins précoces mere bébé (crianza) chez les P'urhe. Vers une ethnopsychanalyse périnatale. En: Mazet Ph. et Lebovici S. (eds) *Psychiatrie perinatale*, Press Universitaire de France. 1998. Paris: 411-488.
5. **Bibring G.** Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic study of the child*, 1959; Vol. XIV: 113-121.
6. **Bibring G., Dwyer T, Huntington D, Valenstein A.** A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The psychoanalytic study of the child*, 1961; Vol. XVI: 9-72.
7. **Blum B.** Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding. Human sciences press, New York. 1890.
8. **Casamadrid J, Santibañez G, Ibarzabal M.** Mitos y realidades. Cambios físicos durante el embarazo. Cuarta Reunión Anual de la Sociedad Médica de la Fundación Médica Sur. México, 1996
9. **Gloger-Tippelt G.** A process model of the pregnancy course. *Hum. Dev.* 1983; 26: 1-148.
10. **Lebovici S, Stoleru S.** La mère, l'enfant et le psychanalyste, Paidós Centurion, Paris.
11. **Moro MR, Barriguet JA.** Aspectos transculturales de la alimentación del lactante. In: Lartigue BT, Maldonado-Durán M, Avila RH, (coordinadores), *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, Plaza y Valdes Editores. México: 337-362.
12. **Pines D.** A Woman's unconscious use of her body. Yale University Press, New Haven, 1993
13. **Pines D.** The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int J Psycho-Anal.* 1982; 63: 311-319.
14. **Salinas JL, Pérez P, Viniega L, Barriguet JA, Casillas J, Valencia A.** Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar *Rev Inv Clin.* 1992. México; Vol 44(2): 169-188.