

Psicopatología perinatal: trastornos psicósomáticos y de la interacción, en el bebé.¹⁻²

Pascual Palau Subiela³

Resumen:

En un contexto pediátrico hospitalario, a partir de dos bebés de 27 días y de 60 días, el autor analiza las condiciones en las que surgen unos trastornos respiratorios psicósomáticos muy precoces y unas manifestaciones primarias de retracción y evitamiento activo de la interacción, como preformas, semiológicamente cercanas, de algunos de los procesos psíquicos y comportamentales del funcionamiento autista, diagnosticable entre los 12 y los 24 meses de vida. Analiza la naturaleza de esos mecanismos psíquicos y comportamentales, las posibles consecuencias psicopatológicas y déficits psiconeurobiológicos derivados de su cronificación. Describe el tratamiento psicoterapéutico de la psicopatología de las dos bebés, tratadas en compañía de sus padres y señala la enorme transcendencia que tienen, en la clínica de la psicopatología perinatal centrada en los primeros tiempos de la vida, las miradas que rodean al bebé.

Introducción.

Esta exposición recoge manifestaciones psicopatológicas de 2 bebés, ligadas a la experiencia emocional surgida de la interacción padre-madre-bebé.

Abordados en un contexto pediátrico hospitalario, se analizan las condiciones en las que surgen unos trastornos respiratorios psicósomáticos muy precoces y unas manifestaciones primarias de retracción y evitamiento activo de la interacción, como preformas, semiológicamente cercanas, de algunos de los procesos psíquicos y comportamentales del funcionamiento autista, diagnosticable entre los 12 y los 24 meses de vida.

Considerados como factores de alarma ó de riesgo, sin valor predictivo, estos comportamientos son objeto de una intervención psicoterapéutica de la triada, que busca tratar las manifestaciones psicopatológicas presentes y prevenir su cronificación.

En el ámbito de la comunicación padre-madre-bebé, esta exposición destaca la importancia que tiene el llanto del bebé, como recurso expresivo que es necesario

¹ Conferencia ofrecida en el Instituto Psicoanalítico Valenciano el 18 de Mayo de 2010, ampliada posteriormente para las Jornadas Científicas organizadas por ADISAMEF en Ibiza en octubre de 2010.

² Artículo publicado en la Revista de Psicoterapia y Psicósomática del IEPPM, nº 77, mayo 2011. Madrid.

³ Especialista en psicología clínica. Psicoterapeuta. Psicósomatólogo de bebés y de niños. Miembro Formador del Instituto de Psicósomática de Paris y de la Asociación Internacional de Psicósomática Pierre Marty. Consultor hospitalario de patología psicósomática de bebés y de niños y de psicopatología perinatal. Presidente fundador de ASMI WAIMH España. www.asmi.es
E-mail: pascual.palau@gmail.com

proteger de la supresión en momentos traumáticos, y la “mirada” como espacio de encuentro ó de perturbación emocional de la interacción padre-madre-bebé.

1 - Carolina.

Carolina es una bebé que comienzo a atender en el hospital cuando tiene 27 días de vida. Las 3 primeras sesiones han tenido lugar en la planta del Servicio de Pediatría, en la que se encuentra ingresada desde hace 4 días.

Aunque es enfermería quien ha detectado primero el estado emocional de riesgo que ésta familia y en particular ésta bebé sufren, mi intervención es solicitada por su neuropediatra, la cual me ha pedido que valore el estado psíquico de la bebé y que la atienda con su familia, vista la alteración que se observa en el ámbito de la interacción entre la madre y la bebé y en la situación emocional de ambos padres.

Primera sesión:

T - ¿Qué les preocupa?

M – Que se nos quedaba sin respirar, como si se ahogara, cada vez fue más largo y la trajimos. Yo pienso que ocurre porque comía poco.

T - ¿Cuándo empezaron?

M - Hace dos semanas (con 10 días de vida). A la semana siguiente de llegar a casa. Al principio era algún día suelto. En la última semana sucedía 5 ó 6 veces al día.

P - Se nos quedaba encanada, como si no pudiera llorar.

En éste momento de la entrevista observo que Carolina, que se encuentra en los brazos de su madre, es calmada mediante el movimiento de acunamiento ó con la voz, cada vez que tiende a emitir algún sonido ó inicia un movimiento corporal, de un modo que me hace pensar en la posibilidad de que los procedimientos que la madre esté usando para calmarla pertenezcan a la naturaleza de aquellos que no buscan sólo la satisfacción y la tranquilidad del bebé sino la instauración de una calma por acallamiento, mediante la supresión de su expresividad espontánea, tanto corporal como vocal.

Éstas primeras observaciones me llevan a decirle a la mamá que quizás su hija necesite poder llorar y la invito a que no apague los conatos de llanto. Ella me dice entonces:

M – No puedo oírla llorar, es muy buena y me da mucha pena escucharla. No suele llorar.

T – ¿Llora algunas veces, para pedir su comida si se atrasan?

M – No, no llora prácticamente nunca.

Ésta descripción de lo que la madre siente, si escucha llorar a su bebé, y la matización que aporta sobre el llanto, refuerza la hipótesis de que se esté suprimiendo no sólo el llanto sino también la tendencia natural, derivada de una necesidad vital, de

expresividad de los diferentes estados somáticos y emocionales, de malestar, que la bebé experimenta.

En situaciones en las que el bebé padece una patología somática y en aquellas situaciones en las que el nacimiento se ha visto acompañado por una experiencia traumatógena para él ó para su madre y su padre, la tendencia que se desarrolla desde el primer encuentro entre la madre y su bebé es, frecuentemente, la de evitar que el niño llore. En estas situaciones resulta muy difícil, cuando no intolerable, escuchar el llanto del bebé. La presencia de alguna patología somática lleva además, erróneamente, en la mayor parte de los casos, a la idea de que el llanto puede producir su agravamiento.

De ello se deriva la necesidad imperiosa de acallar al bebé mediante algún procedimiento calmante, como es el acunamiento en el regazo, la emisión de sonidos ó de palabras, la colocación del chupete ó el ofrecimiento del pecho, aunque el motivo de la queja no sea el hambre, para que el bebé pueda sentirse acompañado y protegido.

La semiología del llanto del bebé es por supuesto diversa y debe de ser analizada médica y psicológicamente.

Entre los motivos de llanto más habituales está el hambre, la incomodidad relacionada con un malestar físico de tipo postural, el sueño, el dolor físico producido por una prenda ó un objeto, alguna manipulación ó frustración, el malestar relacionado con el entorno físico inapropiado como puede ser el exceso de calor, frío ó ruido, el malestar ó dolor físico que pueda revelar una patología médica, las experiencias afectivas de susto, miedo ó angustia, *y el malestar psíquico, derivado de la exposición emocional a una experiencia interactiva traumatógena⁴, experimentado psicofísicamente.*

Esta última etiología es, todavía, muy poco considerada por los psicopatólogos en perinatalidad y en pequeña infancia y aún mucho menos por los pediatras, a pesar de su importancia y de la gran frecuencia con la que podemos encontrarla en situaciones de sufrimiento materno.

T – ¿Como fue el embarazo?

E – Emocionalmente fatal. Muy triste por la pérdida de mi hija de 3 años. He llorado mucho. A veces me siento culpable de haberme quedado embarazada muy pronto. Yo quería que naciera Raquel otra vez. Pero la quiero mucho (se refiere a Carolina). Yo pensaba que no la iba a querer.

A pesar de que le he pedido que permita a su hija llorar, si ésta lo desea, la madre tiende a acallarla. Le pido que intente no hacerlo explicándole la importancia que tiene para su bebé poder llorar en su regazo, si lo necesita. Le explico que una de las pocas vías que tiene su hija para poder expresar su malestar, sea cual sea su origen, en un momento en el que aún no está disponible el recurso de la descarga sensorio-motora ó de la palabra, es su llanto.

⁴ El termino "traumatógena" se refiere al efecto de desbordamiento de los recursos psíquicos disponibles en el bebé para la metabolización de las excitaciones somatopsíquicas, sin prejuzgar la naturaleza de los intercambios afectivos.

Le explico que cuando un bebé se encuentra padeciendo un malestar-tensión interno y silencioso, cuyo origen puede ser diverso, y no lo puede expresar y así escucharse a sí mismo, ni puede ser escuchado por otro, se produce entonces un riesgo de empeoramiento psicossomático y psíquico, puesto que el estado tensional permanece en su interior y puede ir aumentando sin que el bebé pueda metabolizarlo.

Sin poder expresar mediante el llanto ése malestar, no existe la posibilidad de procesarlo, es decir de enlazar la expresión del malestar llorado con el malestar interno e identificarlo como propio. La posibilidad de expresar el malestar abre la vía, no sólo a la comunicación consigo mismo y al trabajo de metabolización que el propio bebé desarrolla por tener acceso a su expresividad, sino también a la comunicación con el otro que puede ayudar a su procesamiento mediante la contención de lo expresado por el bebé y la utilización de palabras tiernas de identificación, de la madre ó del padre, con las sensaciones y los afectos sentidos y expresados por aquel.

Lo contrario, o sea, la supresión de la expresividad espontánea del malestar, puede llevar al empeoramiento psicossomático y a la utilización de mecanismos psíquicos de defensa que pueden conducir a la eclosión de una psicopatología temprana. Además, la instauración temprana de ése recurso de *supresión de la expresividad* también puede llevar a *la supresión de la percepción* de los estados de malestar internos, que permanecerán generando alteraciones somáticas y vivencias psíquicas que no podrán ser percibidas, discriminadas y expresadas. Ése malestar puede resultar muy intenso y llevar a la aparición de una patología psicossomática ó al agravamiento de una patología física con otro origen, aunque también a la utilización de mecanismos de defensa, de retracción y de evitamiento activo de la interacción.

Después de explicarle de nuevo la importancia que tiene poder dejar llorar a su hija, la madre consigue evitar dejarse llevar por su tendencia, hasta ahora irreprimible, de silenciarla.

Es entonces cuando la niña comienza a gemir, primero débilmente, para pasar, poco a poco a quejarse y empezar a llorar, aunque de manera intermitente y progresiva, hasta estallar en un llanto muy intenso.

Mientras sigue llorando y hablamos de la importancia de que pueda expresar sus quejas, estando recogida en el regazo de su madre, también seguimos hablando de lo que ellos han vivido.

T- ¿Qué le pasó a su hija de tres años?

M – Murió de cáncer, a los 2 años se lo detectaron y a los 3 años murió. Se le detectó un bultito y en el hospital vieron que tenía metástasis. Se lo extirparon pero se lo reprodujo y no hubo nada que hacer. Estábamos las 24 horas con ella, todo el día. Y pasamos de estar ocupados 24 horas a no tener nada y nos hacía falta un bebé, me hacía falta. A los 4 ó 5 meses de perder a Raquel me quedé embarazada. Al año siguiente de fallecer mi hija nació Carolina.

En éste momento el padre me dice que se siente mal porque su madre se está muriendo con un cáncer, que se le declaró hace un mes y medio.

Es entonces cuando la madre me relata el fallecimiento de Raquel. Y me habla de lo diferente que ha sido su vivencia de la gestación de Carolina.

M – No he podido cantar a Carolina, como sí lo hacía con Raquel, Carolina es diferente. Carolina tiene mal genio, come peor...Raquel era perfecta. Comía bien, dormía bien, lista, inteligente...

Al preguntarle cómo se sienten en el hospital, la madre me dice:

M - Aquí estoy bien, Carolina está cuidada pero mi cabeza está en que no he ido a ver a la otra al cementerio. Carolina ya ha llevado flores a su hermana.

La madre indica el día de ésa visita, fecha en la que Carolina tenía unos 18 días de vida.

La madre comienza a hablarme del comportamiento de la niña desde que nació. Describe un comportamiento hipersomne. La niña permanece durmiendo la mayor parte del tiempo salvo en los momentos en los que tiene que comer, comportamiento habitual para un bebé de ésta edad (basándome en cómo lo describe la madre) si no fuera porque después de ser alimentada no tolera seguir despierta y se enfada si la madre intenta comunicarse con ella en ése momento. Sólo quiere seguir durmiendo y rehúye los momentos de la interacción mientras busca activamente reintroducirse de nuevo en el dormir. En la alimentación la madre me dice que es mala comedora.

Mientras seguimos hablando, Carolina sigue llorando y la madre me dice que le está resultando muy difícil dejarla llorar, aunque entiende bien que tiene que permitirle por el bien de su hija.

Finalmente, mientras me ha ido hablando de todo el enorme sufrimiento vivido desde la perdida de Raquel, la mamá ha podido, poco a poco, dejarla llorar y dejarse llorar junto al padre.

Al cabo de una hora de reunión, aproximadamente, ha llegado la familia del padre para anunciarle que su madre había fallecido. Éste se ha puesto a llorar desconsoladamente mientras su mujer intenta reconfortarlo y una hermana del padre coge a la niña.

Al cabo de unos minutos de tenerla en sus brazos la tía dice, muy contenta, que es la primera vez que la ve con los ojos abiertos y que hasta ahora no sabía de qué color los tenía. Observación de la tía que se corresponde con la que los padres habían hecho un rato antes, al decir que era la primera vez que la niña permanecía tan atenta y despierta con ellos.

Desde que su madre le ha permitido, y se ha permitido llorar, ya no se ha vuelto a dormir y tampoco ha hecho su aparición el comportamiento de intentar reintroducirse en el dormir.

Al final de la sesión, que durará cerca de 2 horas, transmito a los padres la hipótesis de que las crisis que ellos me han descrito, y que la niña viene padeciendo desde los 12 días de vida, sean crisis de espasmo del sollozo⁵, una pre-forma de las crisis que podemos encontrar, más habitualmente, a partir de los 6 meses de vida.

La pregunta que me hicieron los padres fue ¿Cuál es el origen de esas crisis y cómo podemos evitarlas?

La respuesta sobre el origen me llevó a contestarles, con mucha franqueza, que un bebé, desde que nace, viene dotado de una alta capacidad receptiva y perceptiva del estado emocional de sus padres y se ve, por tanto, muy pronto expuesto a sentir el sufrimiento, la tristeza ó la angustia de sus padres cuando ésta es importante y se prolonga a lo largo de días⁶.

Les señalo que el proceso psíquico que origina el espasmo del sollozo es, en su origen, un intento por escapar del sufrimiento al que el bebé se siente expuesto, como también lo es el proceso de la hipersomnia.

Ambos procesos, incluyendo el rechazo de la interacción directa con el otro, que ellos también me han descrito, buscan una experiencia vital sin contagio con el sufrimiento parental, como es el que ellos, de manera muy justificada, vienen padeciendo desde que falleció su hija Raquel. Las crisis de espasmo del sollozo son un procedimiento psíquico que busca desconectar la percepción y por tanto la sensibilidad afectiva impactada por aquellos contenidos emocionales parentales no metabolizables, mediante la huida en la pérdida de conciencia (que en una bebé de pocos días puede estar enlazada a un intento de recuperación de la experiencia vital intrauterina, tan cercana en el tiempo y tan fresca aún en la memoria neonatal).

Es obvio que esta niña, “bebé de reemplazo”⁷, ha estado también percibiendo el rechazo a su ser, en forma de disgusto materno por no encontrar a Raquel ó por buscar en sus ojos a los ojos de Raquel. Pero éste conocimiento no debía serles transmitido puesto que habría despertado un sentimiento de culpabilidad, injusto con los padres que cuidan de Carolina todo lo bien que saben y pueden, y contraproducente para la recuperación de la niña.

Tanto la madre como el padre padecen una depresión muy evidente, que no ha permitido a la madre sentirse emocionada al recibir a su hija.

Sobre lo que ellos podían hacer para evitar las crisis, mi respuesta fue: mimarse más y disfrutar más de sí mismos y de la niña. Desde que ha nacido, la madre se ha mantenido pegada a ella, olvidándose de aquellos momentos ó placeres a los que ella podía acceder para sí misma. Mi consejo fue que intentara recuperar momentos diarios en los que sólo se dedicara a hacer aquello que le fuera placentero.

Cuando la mamá vuelve satisfecha, el bebé se alegra.

⁵ Kreisler L. “Pathologies fonctionnelles neonatales alarmantes”.

⁶ Palau P. “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”.

⁷ Palau P. “Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico”.

Hacia el final de la sesión la madre me dice que dentro de unas semanas el oncólogo que atendió a Raquel, va a hacerle pruebas de toda clase para ver si Carolina tiene algo como su hermana, porque a su hermana se le podría haber detectado, y ella tiene ganas de que pase el tiempo de esas pruebas.

Al día siguiente, enfermería me habla de una franca mejoría emocional en los padres y en el comportamiento de la bebé. El espasmo del sollozo ya no volverá a reaparecer y su mejoría general se mantendrá hasta varias semanas después.

Cuando Carolina tiene 48 días.

Carolina llega en los brazos de su madre y la observo mirando fuera de la interacción visual con ella.

M – Ayer estuvieron explorando a Carolina y pasé una mañana muy mala, hacía un año que estuve allí y fue muy duro. Así que las pruebas que faltan se las harán aquí.

T - ¿Hicieron daño a Carolina?

M - Se portó muy bien, tuvo un día muy tranquila, durmió por la mañana, y por la tarde estuvo con los ojos abiertos sin decir nada. (A pesar de las molestas técnicas invasivas usadas).

T - ¿Qué tal duerme?

M - Fenomenal, y se duerme sola en la cuna. Yo la dejo sola y se duerme ella sola. Le doy el biberón y la tengo cinco minutos diciéndole cositas y ella sola se duerme.

Observo que la niña sigue rehuyendo la mirada y pido a los padres que vayan a su encuentro con su mirada, pero la niña rehúye encontrarse con la mirada de ellos y también con la mía.

T - ¿Sigue llorando de vez en cuando?

M - Últimamente no. Ayer ella estaba muy tranquila. Con lo nerviosa que estaba yo, no sé cómo estaba ella así de tranquila.

Estuve toda la mañana llorando. En cuanto llegué al hospital... fue revivirlo todo, y cuando la estaban reconociendo yo no le estaba quitando la ropa a ella sino a su hermana. A ella no la veía.

El padre acaba de coger a la niña y esta empieza a quejarse. Le pido que le permita llorar y es entonces cuando la niña empieza a llorar francamente.

Pido de nuevo a los padres que intenten contactar visualmente con su hija. Tanto cuando ellos lo intentan, como cuando lo intento yo, la niña usa el recurso de búsqueda del sueño para huir del contacto. No lo logramos de ninguna manera.

Les pido que cuando miren a Carolina, procuren no ver a Raquel y les digo que es muy importante conseguirlo. Les explico que la niña ha percibido la intensa angustia de ellos en la exploración, sin entender, naturalmente, su origen.

La situación es grave, se está produciendo una retracción y un evitamiento muy activo de la interacción que recuerda ciertos comportamientos de los niños autistas. Su

tendencia a evitar la mirada desde hace una semana, ha empeorado drásticamente desde ayer.

Ellos dicen que les mira, pero no es así. Ni el padre ni la madre buscan el contacto de manera espontánea, ni lo echan en falta. En la última sesión, de una semana antes, ya fue visible para mí su tendencia a la desconexión. Sin embargo dejé un margen de confianza ante la afirmación de los padres de que conectaba bien.

Hoy, como contrapunto del esfuerzo de los padres y del mío por encontrarnos con ella, se ha vuelto tremendamente evidente que la niña ha hecho todo lo posible por evitar nuestras miradas. Sin embargo, a pesar de la evidencia, los padres seguían afirmando que sí que miraba, cuando era visible que la niña procuraba orientar sus ojos y su atención, en todo momento, hacia un espacio de la habitación vacío de presencia humana ó hacia la luz del techo, con una forma de mirar perdida en la lejanía.

Sus esfuerzos para mantener la mirada alejada de cualquier encuentro con la mirada de otro se complementaban, además, con un esfuerzo tan extremado por alcanzar su desconexión-desaparición en el dormir que, estando con los ojos abiertos y bien despierta, ése esfuerzo por ocultar su mirada detrás de sus párpados la llevaba a poner los ojos en blanco.

En todo ése tiempo, la niña ha permanecido en los brazos de sus padres, colocada en unas posiciones que la mantenían también alejada de un encuentro visual con ellos. O mirando al techo, o mirando a un lado, o mirando hacia adelante.

El día anterior fue sometida a un chequeo oncológico con exploración rectal y otras pruebas invasivas y molestas, sin que la niña "tan buena", a la que se refiere su madre, rechistara en absoluto. El estado de ausencia-desconexión perceptiva de su sensibilidad corporal la mantenía en un estado de "docilidad adaptativa e insensibilidad" hacia las manipulaciones a las que fue sometida.

En ésta sesión me sentí muy alarmado por la modalidad de desconexión emocional y de evitamiento activo de los estímulos visuales y auditivos, con los que intentábamos acceder a su atención⁸.

Pedí a los padres que hicieran un esfuerzo por "ir a buscarla", interaccionando lúdicamente con ella, jugando con ella, buscando activamente la mirada y sobre todo, a pesar de su dolor, haciendo todo lo posible por ver y descubrir a Carolina y que ella se sintiera fuente de disfrute para ellos.

"Sé cuanto dolor sienten por la pérdida de Raquel y lo difícil que les resulta separar la

⁸ Bernard Golse señala en su libro "L'être-bébé": "desde 1911 S. Freud insistía sobre el carácter activo de la función perceptiva, no recibiendo los organos pasivamente la información del exterior, sino al contrario, yendo a su encuentro en la extremidad de los "organos de los sentidos". En ése trabajo del todo pionero y precursor, S. Freud subrayaba que el aparato psíquico no puede trabajar más que con pequeñas cantidades de energía y que, para ello, necesita ir a tomar, *de manera cíclica*, en el entorno, pequeñas cantidades de información (hoy en día diríamos "a modo de un radar"), algo que subraya nitidamente el aspecto rítmico de los procesos en juego".

Un poco más adelante dice: "sobre el fondo de éstos procesos de atención, es el equilibrio entre la pareja mantelamiento/desmantelamiento y los procesos de segmentación, lo que va a permitir la instauración de la modalidad perceptiva propia del bebé y, por ello, abrirle la vía de la intersubjetividad". (Traducción del autor).

imagen de su rostro del rostro de Carolina, pero necesitamos que “vean” a Carolina y que Carolina “se viva vista” por ustedes. Necesitamos rescatarla de su tendencia a huir el encuentro con otro”.

Con ésta petición, me despedí de ellos.

Un rato después hablé con su neuropediatra y le pedí que la viera en los próximos días puesto que yo no podía volver a verla hasta una semana después.

Dos días después la pediatra me contó que, como lo haría Brazelton, en su exploración había procurado resaltar los momentos de conexión de la niña para resaltar lo mejor de ella, y animar a los padres a seguir desarrollando una actitud de encuentro sosegado y lúdico con la niña.

Días más tarde, a través del teléfono, la mamá me dice que la niña ha estado mirando mejor y riéndose. Me dice que han estado encima de ella, jugando como yo les indiqué, y que ella se fue preocupada de nuestra última consulta. Le confieso que yo también me quedé preocupado aunque ahora, al saber lo que ella me ha contado sobre el fin de semana, me siento muy aliviado y contento. ¡Qué susto hemos pasado!

Siete días después de nuestra anterior sesión vuelvo a verles.

Los padres entran muy sonrientes. La mamá entra con la niña, que acaba de tomar su biberón, en brazos, medio dormida y muy relajada. Le está haciendo carantoñas mientras la niña se sonríe.

T - ¿Cómo se encuentran Carolina?

M - Mucho mejor, mira a la gente, la selecciona, mira a la que quiere, y a la que no quiere, no. Sobre todo a su padre, está enamorada de su padre y lo conoce mucho. El otro día la tenía en brazos su tía y yo me puse a hablar y me buscó.

P - Y ahora duerme muy bien. Se duerme por la noche y sólo se despierta una vez para tomar el biberón y se vuelve dormir.

M - Y a veces llora con genio. Si la dejo en la cuna porque me tengo que ir a la cocina, se pone a llorar con fuerza y si la vuelvo a coger se calla.

T - Veo que, en estos momentos, Carolina se siente muy a gusto en los brazos de su mamá.

M - Ahora la abuelita está contenta porque ya le sonríe. *Y ahora cuando la miro, ya la veo a ella.* Si pienso en Raquel es con Raquel, pero si estoy con Carolina es con Carolina con quien pienso.

T - Un tiempo y una mirada para cada una.

M - Es un encanto. Como antes estábamos con el susto de si le pasaba algo, entonces no la veíamos, no la diferenciábamos, y ahora sí. Hace esfuerzos por decir cosas y como no lo consigue se enfada.

Hablamos de nuevo de la experiencia traumática que vivió la madre el día en el que exploraron a Carolina.

Después de estar jugueteando con su madre, la niña se ha dormido a gusto. Se la ve alegre y muy relajada.

A partir de esta sesión la evolución que he observado en Carolina, a lo largo de los meses siguientes, ha sido muy buena, tanto en la interacción como en otras áreas como la alimentación y el sueño.

2 - Ana.

Ana es una bebé prematura que tiene dos meses justos cuando sus padres la traen a mi consulta. Su neuropediatra me la remite porque no contacta y se encuentra muy replegada y sin signos de interés por su entorno. Ni los padres, ni la fisioterapeuta, ni otros cuidadores de la niña consiguen contactar con ella.

El primer relato, angustiado y muy pesimista de los padres, que no recogeré enteramente en ésta exposición, traducía una representación negativa, remisa y desesperanzada del estado de la niña que les llevaba a mirarla desde tal cautela afectiva, que generaba una desafección de la experiencia placentera y una tendencia a querer protegerla mediante la instauración de procesos conducentes a la calma y a la evitación de las manifestaciones de conflicto ó de disgusto de la niña.

La fisioterapeuta que la trataba, ligada por una amistad con los padres, se encontraba ella misma afectada por la angustia y la convicción de que el comportamiento de la niña respondía directamente a una alteración neurológica, motivo por el cual solicitó una exploración neurológica.

Preocupada por el bajo nivel de respuesta, ésta había previsto trabajar a solas con la niña, para que la presencia de la madre no interfiriera en sus posibilidades de estimulación. Hasta ése momento, la angustia y el pesimismo del pronóstico se transmitía entre todos los que participaban en su atención, con la salvedad de la neuropediatra que la había examinado una semana antes.

Pero veamos la primera entrevista:

T- ¿Qué le sucede a Ana?, les pregunto.

M- Es prematura, la lleva la fisioterapeuta. Nació con 35 semanas. Ha sido un embarazo complicado, fecundación in-vitro, es la cuarta fecundación, antes me hicieron un legrado y antes tuve un feto muerto al nacer.

He estado con muchos vómitos, ingresé con riesgo de placenta previa y riesgo de prematuridad, después me dieron el alta y me pasaron aquí.

T- ¿Cómo fue el nacimiento?

M- Epidural, tuvo dificultades en la respiración, la comadrona dice que la habrían puesto en incubadora pero el doctor A, dijo que no. Al intentar ponérmela al pecho se veía que no podía y se la llevaron al Hospital Clínico. La niña intentó cogerse al pecho pero no podía, porque le faltaban energías por insuficiencia respiratoria. En el Hospital estuvo 24 horas en la UCI. Después pasó a la cuna-nido durante seis días.

T- ¿Qué tal fue su alimentación allí?

M- Le dieron el biberón hasta que me la devolvieron y nos venimos a casa. Al principio no sacaba nada y le di el biberón. Pero cuando subió la leche (a los cuatro días) ya

fuimos amigas del todo.

T- ¿La ve disfrutar tomando el pecho?

M- Si.

P- El peso bien también.

T- ¿El crecimiento?

M- Ha crecido 10 cm.

T- ¿Qué tal duerme?

M- Duerme muchísimo, el problema lo tiene en que si después de mamar no se duerme enseguida, entonces se enfada.

Observo que la niña tiende a evitar, de manera intensa, la mirada de la madre, cuando ésta, siguiendo mi recomendación, intenta espabilarla y se esfuerza en que la mire a los ojos. Es evidente el evitamiento y su enlace con la tendencia a la hipersomnia, como segundo mecanismo que busca la desconexión.

Después de unos veinte minutos de entrevista el padre toma en sus brazos a la bebé y comienza a mecerla con unos movimientos suaves que la mantienen ó la retienen dormida. En algunos momentos la bebé ha entreabierto los ojos con la mirada desviada hacia un espacio vacío y el padre, que no ha dejado de mecerla, la ha vuelto a reintroducir en el sueño. Parece tan protector que me pregunto si no solapa un poco a la madre. En todo caso, su tendencia a dormir a la bebé es manifiesta.

Les pregunto si llora y me dicen que casi nunca. Entonces les comento lo importante que resulta poder facilitar el llanto de un bebé que no puede expresar su malestar, sobre todo cuando a la madre y al padre les han sucedido tantas experiencias dolorosas en los tiempos anteriores y posteriores a su nacimiento, que quizá no han podido llorar.

Pregunto a la madre cómo se siente cuando la escucha llorar y me dice que no lo soporta, que le produce mucha pena. Entonces le explico que le sucede lo mismo que les sucede a otras madres que sufrieron pérdidas y experiencias traumáticas como las que ella cuenta haber vivido. Un largo periodo de reproducción asistida que se convierte frecuentemente en un calvario. Una experiencia traumatógena sin una asistencia psicoterapéutica y sin un preaviso por parte del equipo, sobre los posibles efectos psíquicos patógenos de un proceso tan largo y difícil y, finalmente, el doloroso parto de un bebé muerto.

Le pido al padre que deje de mecer a la niña y, a los pocos segundos, ésta empieza a abrir los ojos de manera furtiva, pero con tales esfuerzos para cerrarlos y reintroducirse en el sueño que llega a ponerlos en blanco. Le pido a la madre que la coja en sus brazos y le explico la importancia que tiene que ella le permita iniciar el llanto en su regazo y pueda tolerarlo, cuando la niña lo necesite y así lo exprese. Le digo que después de que le permita llorar, la niña buscará seguramente su mirada.

Ante las incipientes expresiones de malestar de la bebé, instintivamente, la madre tiende a mecerla y decirle cositas suaves que tienden a acallarla y le pido que, por el momento, no le diga nada que la calme. Ante mis peticiones y mis propuestas matizadas, la madre consigue no decirle nada y la niña comienza, como sucede en otros bebés expuestos a experiencias tempranas bajo los efectos de una interacción

traumatógena, a llorar poco a poco y de manera interrumpida.

Inicia el llanto con un queja difusa y débil, se calla, retoma la queja con un poco más de fuerza y al cabo de unos segundos vuelve a callarse. Así sigue a lo largo de unos minutos que le permiten despegar y desplegar un llanto cada vez más intenso que transcurrirá desde la expresión de malestar difuso y débil, pasando por el llanto lleno de fuerza y de irritación, hasta llegar al llanto triste y lleno de pesar, en el que la madre la consuela hablándole, mientras la bebé le expresa lo que siente.

Mientras la niña despliega un llanto abierto e intenso, que durará unos 20-25 minutos, la madre y el padre se ponen a llorar también, diciéndome la madre lo difícil que le está resultando la experiencia de escuchar a su hija.

Le señalo que también ella y su marido necesitan poder llorar su sufrimiento y que es probable que del mismo modo que les sucede a otras madres que no quieren afectar a su bebé, que también ella haya realizado grandes esfuerzos para no expresarlo con su llanto. Le explico que, contrariamente a la lógica materna basada en suprimir la expresión de su propio dolor para que no llegue a su bebé, lo que sucede es inverso, cuanto menos lo expresa más a merced de su recepción se encuentra el bebé, sin poder asimilarlo y sin poder compartirlo.

En ésta experiencia, en la que la madre sigue mis consejos de permitirle y permitirse llorar para facilitar su expresividad, en la bebé se produce un encuentro con su propia escucha y con la de su madre.

Como era de esperar, al final del largo llanto, la niña, reencontrada y reconciliada consigo misma y con su madre, la ha mirado intensamente.

Ambas han podido mirarse y expresarse sin temor a encontrar el sufrimiento en la mirada del otro.

Sufrimiento, cuya expresión es cancelada por los mecanismos de defensa que comienzan a instalarse desde el nacimiento ante experiencias somatosensoriales y somatoemocionales, ligadas a estados de tensión-excitación de origen diverso, que el psiquismo desbordado del bebé ó del feto, no puede metabolizar.

Sin embargo, como hemos podido observar en los dos casos, la supresión de la expresividad del bebé puede ser inducida por los padres, cuando éstos lo acallan introduciéndolo, sistemáticamente, en una calma que silencia sus quejas.

En esta sesión también hemos hablado de la entrevista que mantuvieron, una semana antes, con la Neuropediatra. Ella consiguió que la niña se riera un poco al decirle cositas. Era la primera vez que alguien lo conseguía y les he señalado que si ella lo había conseguido, los demás también.

Por todo lo que me han comentado en ésta entrevista, he descartado que esa falta de interés de la niña, manifestada hasta ahora, se deba a un déficit evolutivo de origen neurológico, como había apuntado su fisioterapeuta ó su médico rehabilitador, al calificar la situación de retraso evolutivo.

Les he comentado que la niña está usando la hipersomnia para defenderse del malestar

interno que aún no ha podido llorar y les he explicado la importancia de poder llorarlo, sintiéndose bien contenida, física y emocionalmente, por la madre o el padre.

Al permitirle llorar, la niña se libera de su estado tensional, se escucha a sí misma, se vive escuchada e incluida en un diálogo somato-emocional que se desarrolla con el otro y consigo misma. Tras lo cual se produce el despertar del deseo por el otro, deseo de mirarle y de ser mirada. Un despertar al que le sigue el interés por la vivencia gratificante de sí-misma, experimentada en comun-uniión con el otro.

Al termino de ésta sesión les aconsejo que a lo largo del día permitan llorar a su hija todas las veces que ella manifieste ése deseo, sabiendo que la necesidad irá disminuyendo, poco a poco, e irá dando paso a un mayor sosiego en ella y en ellos. Llanto que debe de ser tolerado mientras ella manifieste desearlo y se encuentre en el regazo materno ó paterno.

Así mismo les pido que transmitan a la fisioterapeuta lo que hemos comprendido hoy y la importancia de que, conducida por ella, la madre intervenga directamente en la aplicación de los ejercicios y técnicas de estimulación y que en ningún caso deje de estar al lado de su hija, puesto que es en presencia de ella como la niña se sentirá mejor y más estimulada emocionalmente.

Segunda sesión una semana después.

T- ¿Cómo va todo?

M- La verdad es que es otra cosa ya, en general está mucho mejor. La sesión pasada ya estuvo riendo con la Fisioterapeuta y relacionándose.

P- Ha evolucionado mucho desde la semana pasada, se puede jugar con ella.

M- Se cuenta cosas a ella misma y ha descubierto que le gusta estar mas con los papis que con los demás.

T- Parece otra.

M- Lo es, lo es, la despertamos y nos cuenta cosas ó llora.

Mientras la madre habla, observo de nuevo la tendencia del padre a dormirla y se lo señalo y le invito a pensar sobre sus sentimientos en su tendencia a dormirla. El padre habla de su miedo y de sus experiencias infantiles conectadas con ésa tendencia.

P- Desde el momento en que nos comentó que no tenía ningún problema evolutivo la niña ha cambiado, no sé si por cómo le hablamos pero ella ha cambiado mucho. Antes le hablábamos pero no conseguíamos que nos mirase.

T- (Les señalo que su modo de mirarla ha cambiado).

M- Desde la semana pasada hasta aquí es como si hubiera despertado.

T- Ustedes también se sienten más relajados.

En esta sesión la madre está muy relajada y los dos llegan contentos y sonrientes. Hablamos del descubrimiento que han hecho sobre el despertar de la niña, directamente ligado al modo que ahora ellos tienen de representársela.

Hablamos de las dificultades acumuladas por la madre en los diferentes embarazos y

pérdidas previas y el susto ante la experiencia de separación a la que se vivió expuesta después de dar a luz, puesto que se llevaron a Ana a la UCI.

Hablamos de la tendencia humana a reconstruir el apego, que también posee su bebé, aprovechando todas las situaciones interactivas adecuadas que le permitan llenarse del alimento afectivo del que no pudo llenarse antes. Tendencia promovida por el deseo, innato, de llenarse de una relación lúdica y tierna con su madre y su padre, que subsane el déficit de los dos primeros meses, y que ahora ya se ha puesto en marcha en ésta bebé.

La madre sintoniza con esa perspectiva de la niña y con la tendencia reconstructiva que ahora se manifiesta y que ella experimenta entre ambas.

De ahí pasa a hablarme de su hija de 11 años, que está pidiendo atención como si fuera más pequeña. Les hablo de la ventana que se abre al pasado, en éstas ocasiones de nacimiento de un bebé-hermano, desde la transparencia psíquica que experimentan los hermanos, además de los padres, y de sus efectos.

Tercera sesión, tres semanas después.

La madre entra amamantando a Ana. Llegan sonrientes.

T- ¿Cómo va todo?

P- Estupendamente todas las semanas.

M- La verdad es que ahora ya cuenta muchas más cosas que antes. Ahora te provoca y te llama.

P- ¿Puede ser que nos reconozca?

T- Sí, completamente.

P- Es que si le dice algo yo ó mi mujer ó su hermana se ríe y si se lo dice otra persona, como mi hermana, la mira y se extraña.

T- Es otro buen indicio de desarrollo psíquico. El discriminar entre lo familiar y lo extraño, aun cuando no se hayan instalado aún otros niveles de discriminación. Observo que sigue con su tendencia a querer estar despierta y comunicativa.

M - Sí, de hecho cuando a veces la ponemos en la cuna se pone a llorar porque quiere que la cojamos y en pocos minutos se duerme ó se calma (les recomendé que combinaran los periodos de dormirla en brazos con los de depositarla en la cuna para que ella le cogiera el gusto y se durmiera también con sus propios recursos).

T- Busca la interacción y ya no tiende a la hipersomnia.

M- Eso es, de hecho los fines de semana que estamos en casa y nos oye está más despierta.

T- (Les hablo del cambio de mirada que se ha producido entre todos, empezando por ellos).

M- Sí, es así, fue cambiar la mirada y cambiar la relación entre los 3.

3 - Hablemos ahora de estos mecanismos de defensa precoces.

Desde los primeros tiempos de la vida, pocas horas ó pocos días después de nacer, pueden producirse desviaciones psicopatológicas precoces, en particular aquellas

patologías psicosomáticas funcionales, entre las cuales se encuentran los cólicos del primer trimestre; los malestares y los espasmos respiratorios; los trastornos alimentarios neonatales ó los trastornos del sueño, y aquellas claramente comportamentales, que buscan activamente la huida de la experiencia de interacción emocional con el otro, mediante el evitamiento de su mirada y de su voz, y la búsqueda del refugio que provee el adormecimiento.

El estudio de estas patologías revela que se producen en el contexto de una sobrecarga compleja del sistema interactivo madre-bebé, desbordado por un exceso de excitaciones, ligadas a la angustia y/o a la depresión, que toma electivamente esas formas patológicas. Madres y padres frecuentemente atrapados en una experiencia ó en un estado traumático.

En éstas patologías encontramos la utilización de procesos intrapsíquicos y comportamentales de supresión de la expresividad y de la perceptividad de los afectos dolorosos, propios ó ajenos, presentes y percibidos en el contexto de la interacción generada entre la madre y el bebé.⁹

Desviando su atención de la visión del objeto, el bebé evita que las manifestaciones emocionales de éste puedan ser observadas, procesadas y, finalmente, reverberar sensorial y emocionalmente en él a través de la resonancia corporal (llamada también “simulación encarnada¹⁰”) que se produce al fijar la observación-atención sobre el estado emocional de otro.

Incapaz de evitar oírlo, tiene que dormirse para evitar escuchar sus palabras y sus sonidos cargados de una densidad afectivo-musical que podrían conmoverlo somato-emocionalmente. Pero también necesita desviar su atención del mundo emocional y sensorial interno en el que no dejan de infiltrarse las producciones emocionales del objeto que, a pesar de las defensas antipercepción, lo siguen impactando. En esta situación y en este tiempo, y aunque no son las únicas, la hipersomnia, el evitamiento intenso de la mirada y de la audición, se convierten en estas dos bebés en unas defensas muy precoces, desarrolladas para protegerse de una experiencia de relación emocional con efectos traumatógenos.

Tanto Ana, desde los inicios de su vida, como Carolina, especialmente ante la nueva exposición traumática sufrida en la 6ª y 7ª semana, se defienden del “juego interactivo” que puede atraparlas en una modalidad de dependencia emocional dolorosa. Evitan pues vivirse a merced de la relación con el otro y buscan suprimir la intencionalidad interactiva, para evitar una experiencia emocional compartida.

Es posible que la utilización de estos mecanismos de defensa tan tempranos, en co-participación con otros factores neurobiológicos y ambientales, pueda convertirse en algunos casos, por su cronificación, en un factor de riesgo que, de manera manifiesta ó latente, pueda contribuir al desarrollo de la patología autista.

⁹ Palau P. “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”.

¹⁰ Concepto de Vittorio Gallese relacionado con el funcionamiento de las Neuronas Espejo.

Como hemos podido observar en estas bebés, estos mecanismos de defensa pueden comenzar a producirse dentro del primer mes de vida y seguir muy activos de manera más ó menos disfrazada. Situación que podría dejar al bebé ante el riesgo de una intensificación ó reactivación posterior que pueda comprometer su buen desarrollo y que nos obliga a intervenir muy precozmente, para evitar una desviación psicopatológica.

Aunque en estas edades su evolución no es predecible, el mantenimiento de estos y de otros mecanismos psíquicos antitraumáticos muy tempranos, representa un riesgo de desviación psicopatológica y psicósomática. De hecho, su tendencia a suprimir tanto la perceptividad de la experiencia emocional y sensorial, como de la expresividad, puede desembocar en una Alexitimia¹¹.

La desviación ó fragilización de la capacidad de comunicación afectiva, desde el ámbito de la perceptividad y desde el de la expresividad, podría derivar también en alteraciones del carácter y de un comportamiento sobreadaptativo e hiperactivo y a un déficit de atención.

La salida de esa desviación psicopatológica en ambos bebés se ha producido, entre otros motivos, a través de varias vías: permitiéndoles recuperar ó inaugurar la expresividad de su malestar somato-emocional gracias al llanto tolerado y compartido emocionalmente; cesando la tendencia parental de suprimirlo e introducir al bebé en un estado de calma, que no de satisfacción; modificando positivamente el estado emocional de los padres; desactivando los mecanismos intrapsíquicos de desconexión de la perceptividad y de la expresividad que se habían activado en el bebé y cambiando la representación del bebé que tenían los padres y el profesional.

4 - Cerebro y psiquismo.

La plasticidad neuronal.

Aportes recientes de la neurobiología muestran que la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia y posibilitan salir de una visión estática de sistema nervioso. Los elementos más finos del proceso de transferencia de información entre las neuronas, o sea las sinapsis, sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida.

El conocimiento biológico que aportan estos conocimientos, permite objetivar la huella producida por la experiencia, bosquejando un puente entre la huella psíquica y la huella sináptica establecida en la red neuronal.

Las huellas se inscriben, se asocian, desaparecen, se modifican a largo de la vida por medio de mecanismos de la plasticidad neuronal. Estas huellas inscritas en la red sináptica determinarán también la relación del sujeto con el mundo exterior.

¹¹ Palau, P. "El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?".

La plasticidad participa en la emergencia de la individualidad del sujeto.

Si consideramos la experiencia como determinante en el devenir del sujeto, nos alejamos de un determinismo genético exclusivo que determina desde un inicio su destino.

La constitución de ésta realidad interna inconsciente, fundada sobre los mecanismos de la plasticidad, no es exclusivamente un fenómeno de orden psíquico, sino que también involucra al cuerpo. A las percepciones que dejan una huella en la red sináptica se asocia un estado somático.

Desde esta perspectiva, la percepción está asociada con un estado somático; y el recuerdo del estado somático asociado con una percepción contribuye a producir la emoción. La lectura o el recuerdo por sistemas neuronales particulares, del estado somático asociado a la percepción o a las huellas que esta última ha dejado en la red sináptica sería un elemento determinante en la experiencia emocional subjetiva.

El fenómeno de la plasticidad demuestra que la experiencia deja una huella en la red neuronal, al tiempo que modifica la eficacia de la transferencia de información a nivel de los elementos más finos del sistema.

Es decir que más allá de lo innato y cualquier dato de partida, lo que ha seguido por medio de la experiencia deja una huella que transforma lo anterior. La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas; y los cambios son tanto de orden estructural como funcional.

El cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos con los actos del sujeto, por otro.

La plasticidad demuestra que la red neuronal permanece abierta al cambio y a la contingencia, modulable por el acontecimiento y las potencialidades de la experiencia, que siempre pueden modificar el estado anterior. Así pues, la plasticidad transforma considerablemente la opinión generalizada sobre la función cerebral y sus relaciones con el medio ambiente y la vida psíquica.

A la inversa de lo que parece sugerir la idea convencional de determinismo genético, la plasticidad pone en juego la diversidad y la singularidad.

El concepto de plasticidad discute con la antigua oposición entre una etiología orgánica y una etiología psíquica de los trastornos mentales; y altera los datos de la ecuación al punto de concebir una causalidad psíquica capaz de modelar a lo orgánico.

Es posible constatar lo mismo con respecto a la actualidad del problema de la epigénesis.

En efecto, el nivel de expresión de un gen dado puede estar determinado por las particularidades de la experiencia. En el funcionamiento de los genes existen mecanismos que intervienen en la realización del programa genético y cuya función es reservar un lugar a la experiencia; al fin de cuentas, como lo expresa F. Ansermet, es como si el individuo se revelará genéticamente determinado para no estar genéticamente determinado.

El concepto de plasticidad lleva a imaginar una integración compleja entre una determinación genética y una determinación ambiental o psíquica. El genotipo de un lado, y la experiencia o el acontecimiento, del otro, constituyen dos dimensiones heterogéneas de la plasticidad.

La plasticidad íntegra genoma y ambiente en un mismo nivel lógico, habilitando con una nueva mirada sobre la etiología en la patogénesis de las enfermedades psíquicas, más allá del reduccionismo que implica la oposición habitual entre lo orgánico y lo psíquico.

Neurociencias, psicoanálisis y psicología, pueden ponerse en relación por medio de la plasticidad, respetando al mismo tiempo la existencia de elementos diferentes. Sólo este último modelo da cuenta del fenómeno de la plasticidad *donde lo psíquico marca lo orgánico y afecta a la materia*, pues deja huellas materiales, concretas, acordes con la experiencia.

La propiedad que dicha plasticidad neuronal confiere a nuestro cerebro es la de registrar de forma durable en los circuitos neuronales las informaciones provenientes de nuestro entorno, y permitir que las experiencias vividas por cada individuo dejen una huella en los circuitos neuronales, especialmente lo que las neurociencias contemporáneas llaman la memoria emocional. Así pues, estímulos procedentes del mundo exterior dejan una huella en la red neuronal bajo la forma de una modificación de la eficacia sináptica.

Parece totalmente justificado hablar de huella, no sólo en términos de mecanismos moleculares, sino también de huella dejada por la experiencia a nivel de la propia estructura de la sinapsis.

Se puede producir tanto un aumento como una disminución de la eficacia de la transferencia de información a la sinapsis y se puede hablar de una plasticidad de la expresión de los genes.

Ahondemos ahora un poco más en el ámbito de la empatía primaria bebé – entorno, pré y post-natal.

El sistema de las neuronas espejo.

En el año 1996, un equipo de neurocientíficos italianos liderados por el neurólogo Giacomo Rizzolatti, publicaron los resultados de unas investigaciones en las que se planteaba que el cerebro del mono contiene una clase especial de células, llamadas

neuronas espejo, que se activan cuando el animal ve u oye una acción y cuando el animal realiza la misma acción por cuenta propia.

Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que, al nacer, los seres humanos también poseen neuronas espejo, que son mucho más inteligentes, más flexibles y más evolucionadas que cualquiera de las que se encuentran en los monos, un hecho que, para los científicos, refleja la evolución de las sofisticadas habilidades sociales de los seres humanos.

Según estas investigaciones el cerebro tiene múltiples sistemas de neuronas espejo que se especializan en realizar y entender no sólo las acciones de los demás sino sus intenciones, el significado social de su comportamiento y de sus emociones.

"Somos criaturas sociales - sostiene Rizzolatti - Nuestra supervivencia depende de entender las acciones, intenciones y emociones de los demás. Las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, no sólo a través de un razonamiento conceptual sino mediante la simulación directa. *Sintiendo, no pensando*".

Según estos estudios los mismos circuitos neuronales que intervienen en el control de la acción y de la experiencia en primera persona de las emociones y de las sensaciones están, desde que nacemos, activos también cuando somos los testigos de esas mismas acciones, emociones y sensaciones en los demás.

Percibir una acción es equivalente a simularla interiormente. Esto permite al observador utilizar sus propios recursos para penetrar de manera experiencial el mundo de los demás a través de un proceso de simulación directa, automática e inconsciente.

La emoción del otro es constituida, experimentada y por consecuencia directamente comprendida por medio de una simulación integrada que engendra compartir el estado del cuerpo. Es la activación de un mecanismo neuronal compartido por el observador y por el observado lo que permite una comprensión experiencial directa.

Un conocimiento así, adquirido por la experiencia de nuestro propio cuerpo nos permite comprender directamente algunas de las acciones efectuadas por los demás, y decodificar las emociones y las sensaciones que experimentan.

Paralelamente a la descripción sensorial de los estímulos sociales observados, las representaciones internas de los estados del cuerpo asociados a estas acciones, emociones y sensaciones son evocadas en el observador, "como si" el o ella cumpliera con una acción o sintiera una emoción o una sensación similares.

La simulación es integrada no sólo porque se realiza neuronalmente, sino porque se utiliza también un modelo corporal pré existente en el cerebro del bebé, realizado por el sistema sensorio-motor, que implica en consecuencia, una forma no proposicional (intencional) de representación del yo.

La posibilidad de compartir el contenido fenoménico de las relaciones intencionales de los demás, mediante bases neuronales compartidas, produce una puesta en relación intencional. Ésta, en retorno, fusionando las intenciones de los demás en aquellas del observador, produce esta calidad particular de familiaridad que mantenemos con los demás individuos. Es lo que para V. Gallese significa "estar en empatía" y para otros autores en "simpatía". Por medio de un estado neuronal compartido realizado en dos grupos diferentes que obedecen sin embargo a las mismas reglas morfo-funcionales, el "otro objetal" deviene un "otro yo".

Esto no es sin embargo válido para el conjunto de nuestros recursos cognitivos sociales. Las capacidades de interpretación más sofisticadas de nuestra mente requieren probablemente de la activación de amplias regiones de nuestro cerebro. Las mismas acciones realizadas en otros contextos diferentes pueden llevar al observador a interpretaciones radicalmente diferentes.

En consecuencia los estímulos sociales son también comprendidos sobre la base de la elaboración cognitiva explícita de sus aspectos contextuales y de una información anterior.

Sin embargo, estos dos mecanismos no son mutuamente exclusivos. La simulación integrada está basada sobre la experiencia, mientras que el segundo mecanismo es una descripción cognitiva de un estado externo de cosas.

La simulación integrada constituye la base a las actitudes de interpretación de la mente propositiva, más sofisticadas sobre el plano cognitivo. Cuando el primer mecanismo no está presente ó funcional mal, el segundo no puede ofrecer más que un resultado pobre e indiferente de las experiencias sociales de los demás.

Evitar confusiones en psicopatología perinatal:

Aunque puede existir una conjugación de ambos, para evitar confundir el origen de los trastornos psicopatológicos tempranos, es necesario intentar delimitar y diferenciar, en la medida de lo posible, los factores implicados en el origen de una psicopatología derivada principalmente de la experiencia intrauterina, de aquellos implicados en la interacción de la interacción madre-padre-bebé.

5 - El destino de una mirada.

La clínica de la psicopatología perinatal centrada en los primeros tiempos de la vida, nos evidencia la enorme trascendencia que tienen las miradas que rodean al bebé.

Miradas alegres en el afuera y en el adentro; miradas que sonríen a pesar de la carga de amargura que subyace detrás de ellas; miradas que ven, superpuestos, a varios bebés ó a un bebé muerto; miradas que sólo pueden ver un destino fatalista; miradas que se duermen con el bebé y comparten sus sueños; miradas que se entrecruzan sin llegar a encontrarse, porque las prisas por crecer y conquistar una independencia activa, les lleva a mirar a un horizonte de logros sensorio-motores o instrumentales sin encontrarse en cuerpo y alma; miradas detenidas o congeladas en la superficie de un

cuerpo afectado por la enfermedad o por la discapacidad; miradas guiadas por expertos que protocolizan la concepción del ser bebé en base a respuestas fisiológicas, contabilizadas e interpretadas únicamente en claves neuro-evolutivas; miradas que lanzan una predicción negativa, sentenciadoras y vaciadoras del alma del bebé y de la de los padres, perdidos a partir de entonces en un espacio visual virtual, hecho de directores de conducta, sin que la miradas afectiva valga para algo, puesto que no es científica y no se apoya en escalas y medidas de respuestas neuromoduladas.

¿Pero quién puede asegurar la constitución y la conservación de una representación afectivizada del niño, cuando la que crecía en los padres ha sido subrogada, subyugada o desarraigada por una mirada pronostica negativa, numérica, mecánica ó pseudo-científica?

Tanto el yo del bebé como el del niño, atormentado algunas veces por una multitud de percepciones de vivencias y de manifestaciones negativas de sí, puede naufragar en la tristeza profunda y en la desesperanza por no encontrar en él/espejo la representación sentida de un *ser amable*, en el sentido de lo afectuoso y en el sentido del que puede ser amado.

La desesperanza de no poder encontrar en él esa mirada-representación de sí, puede conducirlo a la auto-recriminación, a la auto-desestimación, a la renegación y al abandono de un sí-mismo que quede expuesto al desprecio y a la destructividad de un Yo que se empeñe en desaparecer y en abandonarse para intentar salvarse de la decepción primordial producida por la perdida de una concepción *amable* de sí y para el otro. Tendencia desde la que tratará no sólo de hacerse desaparecer, sino también de eliminar las huellas amables que pueda haber dejado.

¿Cómo miramos y nos sentimos mirados? ¿Qué sentimos al depositar nuestra miradas sobre el espejo del alma del que nos mira o nos rehúye la mirada? ¿Qué nos conmueve? ¿Qué nos asusta o nos produce pánico? ¿Qué es lo que no queremos ver? ¿Qué es lo que no nos atrevemos a imaginar en el interior de la mirada del bebé o de la de sus padres?

En la Jornada Científica¹² de ASMI WAIMH España, dedicada a las neurociencias y la salud mental infantil, el Prof. Giovanni Buchino¹³ nos decía que la estimulación neuronal, mediante representaciones virtuales de escenas ofrecidas en el ordenador, permitía estimular conjuntos de neuronas implicadas en las acciones e intenciones observadas por el sujeto.

Constatación que recuerda aquella que se produce en la clínica, en torno a la estimulación psíquica y afectiva que el terapeuta puede promover en el niño y su entorno, desarrollando representaciones vivas y renovadoras que ellos puedan percibir en su “mirada” y con las que se puedan identificar.

Aunque también puede producir un efecto contrario al abordar al bebé, al niño ó a la familia desde unos modelos teórico-clínicos que los desnaturalicen a partir de unas

¹² Celebrada en Valencia el mes de Enero de 2008.

¹³ Neurocientífico, investigador de las neuronas espejo, pertenece al equipo del Prof. Rizzolatti y del Prof. Vittorio Gallese de la Universidad de Padua.

concepciones teórico-científicas artificiales, que busquen encajar al Ser dentro de una mirada teórica que dañe su representación amable e impida su mejor crecimiento libre y singular.

Creo que la mirada del cuidador, psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, educador, médico etc., que no se detiene ni se desvía de lo valioso y sinceramente *amable* que “percibe” en el bebé, en el niño y en sus padres, se convierte en el sostén-espejo necesario para que éstos desarrollen su confianza en una capacidad propia, sentida, de amarse y disfrutarse.

Desde cualquier posición que ocupemos en nuestra relación con el bebé, el niño ó los padres, debemos de proteger el desarrollo de una percepción identitaria amante del sí-mismo.

Bibliografía:

- AMEISEN J.C. (2002) "Incidences du psychisme sur les troubles somatiques graves chroniques". 5º Colloque de Pédiatrie de psychanalyse. Édition Études Freudiennes.
- ANSERMET F. y MAGISTRATI P. (2006) "A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente". Editorial Katz.
- GOLSE B. (2006) « L'êtré-bébé ». Ed. Puf. Paris.
- GOLSE B. (2010) « La naissance de l'objet ». Ed. Puf. Paris.
- GOLSE B. (1999) « Du corps à la pensée ». Ed. Puf. Paris.
- DEBRAY R. (1996) « Clinique de l'expression somatique ». Ed. Delachaux et Niestlé. Lausanne, Suisse.
- LARBÁN J. (2010) « El proceso autístico en el niño : Intervenciones tempranas. Revista nº 75 Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica. Madrid.
- PALAU P. S. (2010) "Psicósomática y autismo en el niño pequeño : interacción, afectos y audición ». Revista nº 74 Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- PALAU P. S. (2009) "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé", publicado en Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.
- PALAU P.S. (2010) "El sufrimiento emocional en la interacción madre-bébé: ¿afectación neurobiológica?". Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica. Nº 73 de enero de 2010.
- PALAU P.S. (2007) "Factores agravantes de la diabetes infantil", publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicósomática de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
- PALAU P.S. (2007) « Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno". Revista de psicósomática y psicoterapia médica, 1º número del año 2007. Publicado por el Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- PALAU P.S. (2006) "Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico". Revista de psicósomática, y de Psicoterapia médica. Nº 61 del año 2006.
- PALAU P. S. (2000) "Bébé en riesgo: mamá no nos vemos", publicado en la Revista Iberoamericana de Psicósomática en el 2000.
- MARTY P. (1992) "La psicósomática del adulto".Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT A., GEROGIEFF N., ROMAN P. (2007) « Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale » Edit. ELSEVIER-MASSON.
- RIERA R. (2010) « La connexió emocional . Formació y transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment. Ed. Octaedro. Barcelona.
- RIZZOLATTI G., FOGASSI F., GALLESE V. (2001) "Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives". *Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- RIZZOLATTI G., ARBIB M.A (1998) "Language within our grasp", *Trend Neurosci* 21, 188-194.

- SOULÉ M. (1999) "La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie perinatales et les prémices de la psychosomatique". *Psychiatrie de l'Enfant*, XLII,1, p. 27 a 69.
- KREISLER L. (1996) "Pathologies fonctionnelles néonatales alarmantes". In: *A propos de l'enfant et son corps. Revue Française de Psychosomatique*.
- KREISLER L., (1992) « Le nouvel enfant du désordre psychosomatique ». Ed. Dunod. Paris.
- KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. (1990) « El niño y su cuerpo ». Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- SZWEC G. (1993) « La psychosomatique de l'enfant asthmatique ». Le Fil rouge. Ed. PUF. Paris.