

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

**“EL FUNCIONAMIENTO MATERNO Y EL VÍNCULO MADRE-
HIJO-PADRE”: MANIFESTACIONES EN LAS ENFERMEDADES
PERSISTENTES DEL HIJO**

Alumna: Molesini Sisina Andrea

Directora: Lic. MARÍA ROSA TORRES

Mendoza, Octubre 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. María Rosa Torres

Calificación:

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi familia por haberme brindado su afecto y apoyo siempre. A Juan Pablo, por ser una parte fundamental de mi vida, por su contención y compañía.

A mi directora, por haberme orientado durante todo el proceso de forma desinteresada.

A todas aquellas personas que colaboraron con el trabajo, ayudándome para poder concretarlo. Principalmente a Lilliana, Daniela e Inés por permitirme conocer sus historias, sus emociones y sus problemáticas.

Quiero agradecer a mis compañeras, por haber caminado juntas esta etapa tan importante en mi vida.

A todos los profesores que fui conociendo durante la carrera, que fueron una parte muy importante de la misma.

Al tribunal presente, por su predisposición.

ÍNDICE

Título.....	1
Hoja de Evaluación.....	3
Agradecimientos.....	4
Índice.....	5
Resumen.....	8
Abstract.....	10
Introducción.....	11

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: VINCULO MADRE-HIJO-PADRE.....	17
1. Vínculo Intrauterino.....	19
2. Vínculo Primario en la vida extrauterina.....	20
CAPÍTULO II: LA MATERNIDAD.....	23
1. La Maternidad: su significado.....	25
2. Niveles de interacción en la relación madre-hijo.....	26
2.1 Nivel de interacción preconciente e inconciente.....	28
2.1.1 El amor maternal es ambivalente.....	30
2.1.2 La maternidad como fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer.....	31
2.1.3 Las etapas de la evolución del bebé se reflejan en la realidad psíquica de la madre.....	33
2.2. Nivel de interacción comportamental.....	33
2.2.1 Envoltura maternal.....	34
2.2.2 Comportamiento especular.....	35
2.2.3 Respuesta materna.....	35
2.2.4 Sensación de desbordamiento y envoltura materna.....	35
3. La comunicación en la díada madre-bebé.....	36
4. ¿Cuándo se dice que una madre es buena?.....	37
5. La relación madre-hijo.....	40
5.1. Los cuidados maternos.....	41
5.2. La dependencia necesaria.....	42

CAPÍTULO III: CONCEPTOS DE WINNICOTT.....	45
1. Desarrollo emocional temprano del bebé.....	46
2. Salud Mental.....	48
3. Madre de devoción corriente.....	48
3.1. <i>Plena presencia</i>	48
3.2. <i>Tolerar algunas ausencias</i>	50
4. Entorno facilitador suficientemente bueno o aprovisionamiento ambiental suficientemente bueno.....	51
5. La confiabilidad.....	52
6. Fallas en la confiabilidad.....	54
7. Función paterna en el desarrollo temprano.....	54
8. Principales funciones maternas.....	55
9. El papel del espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño.....	57
10. Fallas en el factor de la madre de devoción corriente, quehacer materno insuficientemente bueno o fallas en el ambiente facilitador.....	59
CAPÍTULO IV: LA PATERNIDAD.....	61
1. Concepción psicoanalítica sobre la paternidad.....	63
CAPÍTULO V: FUSIÓN Y SEPARACIÓN.....	67
1. Fusión emocional mamá-bebé.....	68
2. Sostén y separación: funciones del padre.....	70
2.1. <i>El sostén paterno</i>	70
2.2. <i>El rol del padre como separador emocional</i>	72
CAPÍTULO VI: MODELOS DE FUNCIONAMIENTO MATERNO DESCRIPTOS POR D. LIBERMAN.....	73
CAPÍTULO VII: LA ENFERMEDAD TIENE ALGO PARA DECIRNOS.....	78
1. ¿Por qué el cuerpo?.....	79

SEGUNDA PARTE: PARTE PRÁCTICA

CAPÍTULO VIII: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	82
1. Objetivos.....	83
2. Tipo de estudio.....	83
3. Técnica Utilizada.....	84
4. Procedimiento.....	84

CAPÍTULO IX: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE TRES CASOS CLÍNICOS...	86
1. Caso clínico N°1.....	87
2. Caso clínico N°2.....	96
1. Caso clínico N°3.....	105
CAPÍTULO X: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	114
<u>TERCERA PARTE: CONCLUSIONES</u>	
Bibliografía.....	124
Anexo.....	128

RESUMEN

En este trabajo de tesina se intenta profundizar el estudio sobre el funcionamiento materno y el vínculo madre-hijo-padre, y observar sus manifestaciones en aquellos casos en los que el hijo presenta una enfermedad persistente. Partiendo de la relación de salud física y salud mental y considerando la relación mente-cuerpo como un aspecto importante a tener en cuenta en la investigación.

El objetivo de esta tesina es mostrar, a partir del análisis cualitativo de tres casos clínico, la presencia de pautas de funcionamiento materno y/o paterno en aquellos casos en los que el hijo presenta una enfermedad persistente. Teniendo en cuenta los conceptos de reverie materno (Bion), madre suficientemente buena, función materna y/o paterna fallida (Winnicott), y los modelos de funcionamiento postulado por Liberman de “madre que rebota y “madre metebombas”.

Para ello, se utiliza una metodología descriptiva con entrevistas semidirigidas. Se seleccionaron tres casos clínicos teniendo en cuenta que reúnan las siguientes características: Madres de hijos con edades comprendidas entre uno y cinco años y que los mismos presenten una enfermedad persistente.

Del análisis de los casos clínicos se observa cierta incapacidad materna para desarrollar funciones intuitivas y empáticas, desconexión afectiva, ambivalencia, dificultad para metabolizar las ansiedades de sus hijos, sentimientos de rechazo, dificultad en los procesos de separación-individuación, ausencia del sostén

emocional que ofrece el padre a la madre para que ésta pueda desempeñar su función.

ABSTRACT

In this thesis work is trying to deepen the study on maternal functioning and mother-son-father, and observe its manifestations in cases where the child has a persistent disease. Based on the relationship of physical and mental health and considering the mind-body as an important aspect to consider in the investigation. The objective of this thesis is to show, from a qualitative analysis of three clinical cases, the presence of maternal working patterns and / or paternal in cases where the child has a persistent disease. Taking into account the concepts of maternal reverie (Bion), good enough mother, maternal role and / or parental failure (Winnicott), and operating models Liberman postulated by the "mother bounces" metebombas mother. "

This is done using a descriptive methodology with semi-structured interviews. Three cases were selected taking into account the following characteristics: Mothers of children aged between one and five years and that they present a persistent disease.

An analysis of clinical cases there was some maternal inability to develop intuitive features and empathetic, emotional disconnection, ambivalence, difficulty metabolizing the anxieties of their children, feelings of rejection, difficulty in separation-individuation processes, lack of emotional support offered by the father to mother to enable it to perform its function.

INTRODUCCIÓN

La motivación personal en la elección de este tema nace del interés por investigar el funcionamiento materno y el vínculo madre-hijo-padre y su incidencia en las enfermedades persistentes de los niños pequeños. Considero que la realización de dicha investigación puede aportar datos importantes a psicólogos, médicos y padres, ya que si se comprueban las hipótesis, frente a la enfermedad persistente de un niño pequeño comenzaríamos a dirigir la atención ya no solo hacia este niño sino, también hacia la madre, el padre, sus conflictivas emocionales, sus mecanismos inconscientes implicados, y el vínculo que establecen con su hijo.

El propósito de este trabajo es detectar y analizar, el funcionamiento materno y el vínculo madre-hijo-padre, y las distintas modalidades que adoptan en aquellos casos en los que el hijo padece una enfermedad persistente.

El marco teórico, es el Psicoanálisis, especialmente la Escuela Inglesa, Klein, postkleinianos (Bion, Winnicott) y las formulaciones que sobre estas teorías realiza, en nuestro país, David Liberman. De estos cuerpos teóricos se seleccionaron, para este estudio, los conceptos de reverie materno, madre suficientemente buena, función materna y/o paterna fallida y, con especial referencia, los modelos de funcionamiento postulados por Liberman de “madre que rebota” y “madre metebomba”, en todos los casos partiendo de la interpretación del mecanismo de Identificación Proyectiva.

Las preguntas planteadas en esta investigación son:

-¿Cuáles son las funciones maternas y/o paternas de los primeros años que podríamos considerar estructurantes del psiquismo?

-¿Sería posible describir algunas enfermedades persistentes en los niños pequeños articulándolas con la modalidad vincular que se establece entre madre-hijo-padre?

-¿Las enfermedades persistentes en los niños pequeños podrían estar relacionada con una perturbación en las funciones maternas y/o paternas de los primeros años del infante?

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

El **objetivo general** es:

- ◇ Profundizar el estudio del funcionamiento materno y del vínculo madre-hijo-padre.

Los **objetivos específicos** son:

- ◇ Identificar funciones maternas y/o paternas cuya incidencia se considera estructurante del psiquismo.

- ◇ Indagar sobre las funciones maternas y/o paternas durante los primeros años del infante en aquellos casos en los que el niño presenta una enfermedad persistente.

- ◇ Articular la teoría con la presentación de tres casos clínico.

El trabajo está organizado en **tres partes**: la **Primera Parte** está constituida por el **Marco Teórico**; la **Segunda Parte** expone los **Aspectos metodológicos, la Presentación y Análisis de tres casos clínicos, Presentación y discusión de resultados** y la **Tercera Parte** está conformada por las **Conclusiones** generales a las que se arriban al finalizar la investigación.

El Marco teórico está dividido en siete capítulos: en el **primer** capítulo se aborda el **vínculo madre-hijo-padre**, definiéndolo y describiendo el vínculo intrauterino y el vínculo primario extrauterino. El **segundo** capítulo trata sobre la **maternidad**, considerado un proceso psíquico que obedece a leyes fundamentales, teniendo en cuenta la importancia de los dos niveles que existen en la interacción madre-bebé, que son el inconsciente y el comportamental. En el **tercer** capítulo se desarrollan los **conceptos de Winnicott**: desarrollo emocional temprano, salud mental, madre de devoción corriente, funciones maternas y/o paternas, ambiente facilitador, logros del ambiente facilitador, fallas en las funciones maternas y/o paternas. El **cuarto** capítulo aborda el tema de la **paternidad**, la concepción psicoanalítica sobre la paternidad y la introducción del padre como ley. El **quinto** capítulo desarrolla el tema de **Fusión y Separación**, la fusión emocional mamá-bebé y el sostén y la separación, como dos funciones del padre. En el capítulo **sexto** se desarrollan los modelos de funcionamiento de “**madre que rebota**” y “**madre metebomba**” descriptos por David Liberman. El **último capítulo** aborda

la **enfermedad** como una señal portadora de información y se intenta explicar porque el niño, que se encuentra en la primera etapa de su desarrollo, tiende a manifestarse a través del cuerpo.

A partir del recorrido teórico se pueden resaltar las funciones parentales de sostén, manejo, contención, confiabilidad, para facilitar un entorno seguro que permita el desarrollo sano de psiquismo del infante. Se podría decir que la relación compleja, rica y satisfactoria con la madre en los primeros años, matizada por las relaciones con los padres, es la base del desarrollo del carácter y la salud mental del niño.

En los rastreos y la investigación previa se observa acuerdo de los diversos autores acerca de la relevancia de los primeros cuidados del niño en lo concerniente al desarrollo físico y emocional posterior, que permitirá el despliegue de su potencial.

La expresión: “función materna y/o paterna fallida” se toma teniendo en cuenta la diferenciación expuesta por D. W. Winnicott (1991) en “Los bebés y sus madres” entre los términos falla y culpa: “Pero debemos ser capaces de examinar la etiología y de afirmar, si es necesario, que algunas de las alteraciones que encontramos en el desarrollo se deben a una falla del factor “madre de devoción corriente” en un determinado punto o etapa. Esto no tiene nada que ver con la responsabilidad moral. Es otra cuestión” (Winnicott, 1991, p.26)

Para el presente trabajo se considera no solo la expresión “fallas en la función materna” sino que se extiende a “fallas en las funciones parentales” para incluir no solo las experiencias de los vínculos tempranos, que alcanzan aproximadamente hasta el año de vida (el destete), sino que también se incluyen las experiencias hasta los dos años, comprendidas como fundamentales en conjunto, para un desarrollo emocional sano.

Para este trabajo, se seleccionaron los modelos de funcionamiento postulados por Liberman, D y otros, de “madre que rebota” y madre metebombas”, para

observar si existe o no el predominio de alguno de estos funcionamientos en las madres de los niños que padecen enfermedades persistentes. Liberman, D y otros (1993), postulan estos modelos que le permiten encontrar patrones evolutivos comparativos en patologías psicósomáticas infantiles. En nuestro caso intentamos a través de la aplicación de estos modelos detectar si existen características comunes en las madres de niños que padecen una enfermedad persistente.

Los conceptos claves para la investigación son: funcionamiento materno, vínculo madre-hijo-padre, enfermedades persistentes en los niños pequeños.

La hipótesis de trabajo puede formularse de esta manera: **Sería posible describir ciertas pautas de funcionamiento materno y/o paterno en aquellos casos en los que el niño presenta una enfermedad persistente.**

La **Parte Práctica** está conformada por el apartado metodológico, en donde se menciona la metodología utilizada en la investigación, por la presentación y análisis de los tres casos clínicos, incluyendo familiograma, datos relevantes del caso, y análisis de las entrevistas realizadas a las madres y por la presentación y discusión de resultados.

La **Tercera Parte** está conformada por las conclusiones generales del trabajo. En estas se analiza su relación con respecto a los objetivos que guiaron el trabajo, y se propone la profundización de investigaciones futuras respecto de la temática.

1º PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:
VÍNCULO MADRE-HIJO- PADRE

La palabra "**vínculo**" viene del latín "vinculum" (atadura), es una ligadura estrecha, pero no forzada.

En inglés se utiliza "attachment" para designar "apego", "vínculo de afecto" o "vínculo afectivo". Afecto se utiliza para denotar el vínculo específico que une al niño pequeño con su madre. Bowlby (1982), describe la "conducta de apego" como "cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido".

El vínculo entre la madre y su hijo tiene la función de asegurar la supervivencia y el desarrollo del recién nacido, porque es probable que el apego que la madre experimenta por su bebé sea el vínculo más sólido del ser humano. Esta relación tiene dos características importantes:

1) el vínculo intrauterino: antes de nacer, el niño se gesta dentro del cuerpo de la mujer.

2) el vínculo extrauterino: después de nacer, la madre le asegura la supervivencia en un período en que el niño depende por completo de ella.

Según el Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, madre en su raíz etimológica está asociada a lo biológico, como mujer que "ha parido", "que tiene o ha tenido hijos". La función materna desde lo intersubjetivo surge de la posibilidad de construir un útero-nido, claustro afectivo necesario para el desarrollo y crecimiento del niño. El bebé nace en un vínculo. Madre implica hijo, e hijo implica madre. No hay mamá sin bebé, ni bebé sin mamá. Nace un bebé y al mismo tiempo nace una mamá y un papá.

Gómez, L. (1997), afirma que cuando nos referimos a las funciones materna y paterna, decimos maternalización y paternalización, para designar el conjunto de cuidados prodigados al niño, dentro del clima de ternura activa, patente y continuada.

La función materna tiene que ver con la contención emocional y la función paterna con la posibilidad de realizar cortes.

En el ser humano, el fenómeno de la maternidad y la paternidad, excede el hecho biológico y tiene un significado, no solamente a nivel social y cultural, sino de manera importante, en el nivel psicológico. La paternidad y la maternidad son procesos complementarios que se desenvuelven dentro de la estructura familiar existente, para resguardar el desarrollo físico y afectivo del niño.

1. El vínculo intrauterino

El feto en el vientre de la mujer se encuentra en un medio líquido y plástico que le permite sentirse contenido, moverse con facilidad, percibir los latidos cardíacos de la mujer que lo gesta, etc.

A medida que se va desarrollando el embarazo, van poniéndose en funcionamiento los sentidos olfativos, táctiles, auditivos, gustativos, visuales, que le permiten al bebé tener percepciones intrauterinas.

Según Chaio José (1964, citado en Gómez, L. 1997), el desarrollo del psiquismo (aparato mental) del bebé es simultáneo al desarrollo del organismo, sería un proceso único e indisoluble: a una adquisición biológica debe corresponder una adquisición psíquica.

El incipiente yo del feto “vive” un mundo de fantasías con contenido simbólico muy primitivo. Entre estas fantasías se pueden mencionar algunas en base a

“vivencias intrauterinas”, fantasías de receptividad incondicional, fantasías de logros mágico-omnipotentes; fantasías siniestras; fantasías con “sensación” de Nirvana y fantasías agresivo-destructivas.

Según Eduardo Huarte (citado en Gómez, L. 1997), desde la gestación el bebé es un ser humano cuyas células tienen memoria. Todo lo que la madre vive, su hijo lo vive con ella. El bebé registra en sus células que se están formando, todos los pensamientos, sentimientos y los ideales que están presentes en la mente de la madre.

2. Vínculo primario en la vida extrauterina

Cuando se produce el nacimiento del bebé, se lo relaciona con una separación, en donde el bebé, que estaba dentro del cuerpo de la mamá, alimentada por ella, se separa y su cuerpo físico empieza a funcionar separado del cuerpo de su madre. Sin embargo si elevamos nuestro pensamiento podremos comprender que aunque la separación física efectivamente se produce, persiste una unión que pertenece a otro orden.

El bebé y su mamá siguen fusionados en el mundo emocional. Este bebé sigue absolutamente conectado con su mamá. De este modo todo lo que la mamá siente, lo que recuerda, lo que la preocupa, lo que rechaza, el bebé lo vive como propio. Porque en este sentido son dos seres en uno.

Oberman. A (2005, p. 187), considera que: “La madre se identifica tan estrechamente con su bebé que lo siente psíquicamente como una parte de ella misma. Es por esta condición, que la madre puede constituirse en el yo que el bebé no posee aún, pero que se constituirá justamente sobre la base de esta relación”.

El período inmediato después del nacimiento es la etapa que más impresiona en la constitución del ser humano. Aquello con lo que se encuentra será lo que luego sentirá que es la naturaleza de la vida.

Luego de la separación de la unidad madre-hijo producida por el corte del cordón umbilical y el enfrentamiento del niño con los objetos del mundo externo comienza la integración estructural del nuevo ser.

Ha concluido la situación de receptividad pasiva incondicional de la vida intrauterina y el niño se encuentra aún en una etapa de completo desamparo e impotencia. Necesita de otro: una madre, un padre, una familia para sobrevivir.

Freud (1896), dice que el niño nace en un estado de desvalimiento e indefensión, experimenta ataques de vértigo y espasmos de llanto, pero cuenta con un otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya.

Melanie Klein (1952) considera que en los primeros tiempos, el bebé experimenta ansiedad proveniente de fuentes internas y externas traducida en temor al aniquilamiento. La primera causa externa de ansiedad puede hallarse en la experiencia del nacimiento. Esta experiencia que, según Freud (1937), proporciona el patrón de todas las situaciones de ansiedad ulteriores, marca las primeras relaciones del bebé con el mundo exterior. Freud (1926), declara que "existe mayor continuidad entre la vida intrauterina y la primera infancia de lo que nos permite creer la impresionante cisura del nacimiento". Parecería como si el dolor e incomodidad sufridos por él, así como la pérdida del estado intrauterino, fueran sentidos como un ataque de fuerzas hostiles, es decir, como persecución.

Por lo tanto, la ansiedad persecutoria entra desde el principio en la relación del bebé con los objetos, en la medida en que está expuesto a privaciones.

Es de fundamental importancia la función materna y la función paterna para ayudar al bebé a enfrentarse con esto.

Gómez, L. (1997), argumenta que el psiquismo del recién nacido no le permite manejar sus estados de angustia. La forma de comunicarse y comunicar sus estados, es a través del desborde de angustia. En este sentido la madre y el padre son los que tienen que hacerse cargo, ser receptivos de tal estado y a través de su propia resonancia emocional y su capacidad de identificarse con la situación del bebé, encontrar una propuesta resolutoria. Así el vínculo temprano es una especie de laboratorio "metabolizador" y transformador de situaciones de angustia, en situaciones de satisfacción, y ambas partes del vínculo se sienten gratificadas. La resolución de estos estadios tempranos del manejo de las sobrecargas emocionales del órgano mental del bebé, sientan las bases del psiquismo del ser humano. La actuación del adulto, va calificando los estados mentales del bebé y además es capaz de dar respuestas transformadoras de tales estados en el interior de la mente del bebé.

La madre para lograr esto apela a toda su capacidad madura y a todo su entorno sostenedor y reasegurador, es decir su relación con el padre y su profundo compromiso con el proyecto vital de la pareja. Desde el bebé, la recurrente reiteración de estos fenómenos promueve la internalización de estas figuras o imagos intervinientes, como asimismo de la modalidad vincular operante. Mientras más capaz sea el vínculo de sobrellevar satisfactoriamente las vicisitudes tempranas, más asegurada estará la estabilidad mental y el futuro desarrollo sano del órgano mental en formación.

CAPÍTULO II:

LA MATERNIDAD

Antes que ningún tiempo
existiese en mi
Yo ya existía en ella.
antes que ocasos y alboradas
inscribieran su pulso
en mi devenir,
sus latidos me acunaban.
Antes que el primer oxígeno
entibiase mis células
su sabia me brindaba calidez.
Antes que el vagido inicial
anunciara mi sentir,
su voz resonaba muy cerca de mí.
Antes de ser este Yo
de tejidos y pensamientos,
fui parte de su Yo,
de sus tejidos y pensamientos.
Antes que mi luz,
mi sonido, mi tacto,
mi llorar y mi reír,
fueron los suyos.
Así como yo estuve en ti,
ahora tú estás en mí,
prolongándote en mis tejidos
y pensamientos,
prolongándote en mi luz,
mi sonido, mi tacto,
mi llorar y mi reír.

E.J.PALMERO Madre

1. La Maternidad: Su significado

Ser madre en la especie humana excede el hecho biológico y tiene significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico.

Transformarse en madre es un secreto de la infancia, es un asunto del inconsciente, afirma Delauss (1988, citado en Fiszlelew, R y Oiberman, A. 1995).

Alicia Oiberman (2005), postula que la vivencia de la maternidad está nutrida por la reminiscencia de experiencias y pulsiones estructuradas en la infancia. Trabajos ulteriores aún de líneas psicoanalíticas, comenzaron a repensar la maternidad y considerarla como proceso de desarrollo.

Como todo proceso psíquico la maternidad va a obedecer a algunas leyes fundamentales:

- Los procesos inconscientes son infinitamente más ricos y complejos con relación a los procesos conscientes.
- El llamado instinto maternal, como forma del amor maternal, no sería tal ya que se reemplazaría por la cualidad o aptitud maternal, en cuya raíz se localiza el instinto de supervivencia.
- La experiencia vivida de la maternidad es un núcleo fundamental de la evolución psíquica inconsciente de la mujer en su historia personal.
- Una detención por fijación de este desarrollo, bloquea la evolución de las integraciones sucesivas.
- La relación de la madre con su hijo se desarrolla en la realidad concreta, teniendo como “trasfondo” las relaciones fantasma ticas (Levobici, 1996 citado en Alicia Oiberman, 2005)

“La madre del hijo es al mismo tiempo el hijo de su madre” (Recamier, 1984, p. 195 citado en Oiberman, 2005, p.178). En efecto, las experiencias infantiles de frustración y de satisfacción, de amor ávido y de agresión, constituyen las imagos complementarias de la madre devota, buena y amada y del niño bueno, devoto y amado. Y las imágenes contratadas de la madre deprivada, atacada y amenazante son las del niño destructor, malo y amenazante. Esas imágenes que aparecen en la madre vienen a proyectarse sobre la representación que la mujer se hace de la madre que ella es y del niño que ella tiene.

Sobre estas imágenes viene igualmente a insertarse la imagen que la mujer ha tenido en su infancia, ella debe identificarse con su madre y amarla para resolver la ambivalencia. El destino de la maternidad depende, por lo tanto, de un problema central: la identificación con la propia madre.

2. Niveles de interacción en la relación madre-hijo:

La palabra interacción proviene del latín “agüere” y significa actuar, conducir, llevar. Es una acción entre personas.

Según el diccionario Espasa-Calpe: interacción es una acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones, etc.

La interacción se define como una secuencia de comportamientos sociales, con determinada duración y limitada por un claro período de descanso a cada extremo.

En psicología y psicopatología, la noción de interacción fue difundida por los estudios recientes sobre el desarrollo del niño pequeño en relación con su madre y también por el enfoque sistémico de la terapia familiar.

De la concepción de la madre como todopoderosa, organizadora de la interacción, se pasó al reconocimiento del rol del bebé como partenaire activo en la relación.

Definiendo la interacción madre-bebé como el conjunto de fenómenos dinámicos que se desarrollan en el tiempo entre el lactante y su madre, Fiszlelew, R y Oiberman. A (1995), consideran que existen, en esta interacción, dos niveles:

- interacción a nivel preconscious e inconsciente.
- interacciones comportamentales.

Nivel de interacción preconscious e inconsciente:

Se refiere a la influencia recíproca de los avatares de la vida psíquica de la madre y la de su hijo.

Toda interacción real, permite revelar estilos de comunicación en el plano consciente y extrapolar ciertos procesos inconscientes. La interacción fantasmática o inconsciente se refiere a los sentimientos inconscientes que tiene la madre sobre el niño, qué representa él para ella, es decir cuáles son los sentimientos profundos o latentes que existen detrás de esta relación.

Este concepto permite relativizar el impacto de la interacción concreta. Por ejemplo, una madre que, a simple vista, se muestra demasiado solícita, puede encubrir una cierta conducta agresiva hacia su hijo.

Por eso es importante, para la comprensión total del fenómeno y el origen de las patologías, tener en cuenta ambos niveles.

Las interacciones comportamentales:

Son directamente observables y se pueden situar en diferentes registros: corporal, visual, verbal, etc. Los intercambios interpersonales entre la madre y su hijo se traducen a través de gestos, miradas, contactos corporales y vocalizaciones.

2.1. Nivel de interacción preconsciente e inconsciente

Durante los nueve meses de gestación, se van produciendo cambios tanto a nivel físico como psíquico y la mujer progresivamente va centrando su interés en el nuevo ser que lleva dentro de sí, a la vez que va dejando de lado otros intereses y actividades.

La retracción frente al mundo externo se acompaña de una regresión en sus conductas habituales: come más, duerme mucho y emocionalmente se muestra más sensible, requiriendo de mayores cuidados de quienes la rodean. Esta situación puede concebirse como una forma de lograr una mayor conexión y comprensión con el bebé en gestación.

Experiencias diversas como sus primeras relaciones con su propia madre, los “juegos de roles”, en la infancia en los que la niña representaba alternativamente el rol de madre y/o hija, así como otras vivencias posteriores en la adolescencia

(menarca, inicio de su actividad sexual, etc.) influirán en su comportamiento actual. Al revivir comportamientos similares a los de sus juegos en la infancia, puede alternar también en sus vivencias el rol de madre y el rol de niña.

Este proceso normal está en la base de su preparación para captar las necesidades de su bebé, interactuar con él y desarrollar progresivamente un vínculo afectivo perdurable.

La madre adquiere una importancia única, inalterable y permanente y adviene, para los dos sexos, el objeto primero y más importante de amor, prototipo de todas las relaciones amorosas ulteriores.

Lebovici (1991, citado en Fiszlelew, R y Oiberman A. 1995), introduce en relación a las interacciones inconscientes, la influencia del peso transgeneracional. La madre incorpora los cuidados maternos, el comportamiento que refleja lo que siente en tanto madre, pero también lo que siente como hija de sus padres: “Dicho de otro modo, la madre construye, como intérprete, qué es su bebé: “un árbol de la vida”, y este árbol de la vida refleja su propio pasado y los elementos transgeneracionales que hay en él.”

De este modo, la madre no sostiene en sus brazos un solo niño, sino al menos tres:

El primero es el bebé imaginado durante su embarazo, producto de sus ensueños: “es el niño el que va a transmitir el destino transgeneracional”.

Lebovici (1991, citado en Fiszlelew, R y Oiberman A. 1995),

El segundo es el hijo de sus fantasías, el que la remonta a su propia infancia, y el deseo de sus deseos inconscientes.

El tercero es el hijo producto de la interacción, el bebé real.

Recamier (1984, citado en Fiszlelew, R y Oiberman, A. 1995), plantea que “la maternalización es el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad, y que, por lo tanto es un fenómeno psicobiológico, para analizar el cual, es necesario tomar en cuenta estas nociones:

- El amor maternal es ambivalente.
- La maternidad es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer.
- Las etapas de la evolución del bebé se reflejan en la realidad psíquica de la madre”.

2.1.1. El amor maternal es ambivalente

“El amor maternal no es, de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin conflictos, tal como casi siempre aparece representado en el imaginario colectivo. Por el contrario es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el investimento y el reconocimiento del otro y la confusión con él.” (Recamier, 1984, citado en Fiszlelew, R y Oiberman, A. 1995).

Winnicott (1947), demuestra la ambivalencia del sentimiento maternal: principalmente en los primeros meses de la vida del niño, la madre siente que su bebé la requiere a cada instante, la distrae de su vida sexual, no la tiene en cuenta como una persona diferente sino como una extensión de él mismo. La corriente agresiva que todo esto genera en la madre es natural, pero aún cuando estos sentimientos aparezcan como los más evidentes, no son en general, los más fuertes.

Winnicott (1974) propone la hipótesis de que “la madre odia al bebé antes de que él pueda odiarla y antes de que él pueda saber de que su madre pueda odiarlo”.

Algunas de las razones que este autor propone por las cuales una madre “odia” a su bebé son:

- El niño no se corresponde con la concepción mental que ella tenía, ya que no es el niño de sus juegos infantiles, ni el niño de su padre.
- El niño no fue producido mágicamente, como si lo fue en la infancia.
- El niño representa un peligro para su cuerpo durante el embarazo y el nacimiento.
- El niño representa una interferencia en su vida privada.
- El bebé lastima sus pezones.
- Ella debe amarlo, inclusive con sus excrementos.
- El la muerde en ocasiones, o le hace doler, todo por amor.
- Al comienzo, él no sabe todo lo que ella se sacrifica por él, y sobre todo, él no puede dar lugar al odio de su madre. El la excita pero la frustra. Ella no debe “comérselo” ni tener un comercio sexual con él.

Sin embargo, es necesario que la madre pueda tolerar el odio, sin hacer nada respecto de ello. Ella no puede expresarle su odio. Lo que es notable en la madre, es que ella es capaz de ser tan “maltratada” por su hijo y de odiarlo, sin involucrarlo y esperando una recompensa que llegará en etapas posteriores.

2.1.2 La maternidad como fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer.

Los procesos que se desarrollan en esta etapa, encuentran su sentido en las relaciones conscientes e inconscientes de la madre con su hijo. A su vez, estas relaciones se basan en las que ella tuvo con sus propios padres. La realidad corporal del bebé hace emerger la historia de ella misma como hija.

Generalmente el proceso de maternalización se desarrolla al producirse la primera maternidad. Pero a veces no se da así porque el proceso de maternalización puede quedar diferido por los mecanismos de defensa de la mujer.

La maternidad, como fenómeno psicobiológico y como crisis evolutiva, reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobre todo las relacionadas con los vínculos con los otros.

Así como el niño se desarrolla de etapa en etapa, su madre debe pasar por una serie de fases de desarrollo. Cada una de estas etapas, confronta a la madre con nuevos desafíos que debe superar, valiéndose de sus propios recursos, internos y externos.

La maternidad representa una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar.

La mujer atraviesa estas crisis en función de:

- su historia personal.
- la estructura de su personalidad.
- la situación presente (conyugal, familiar y social)
- las características del bebé.
- la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia.

Además, la maternidad representa para la madre una serie de cambios:

- una transformación corporal y hormonal.
- un cambio de status social.
- importantes fluctuaciones pulsionales.
- reactivación de conflictos infantiles, en particular aquellos que se relacionan con las primeras etapas.
- la disolución y reconstrucción de identificaciones precoces, en particular, la identificación con su propia madre.
- una transformación de la imagen corporal en dos tiempos: primero al producirse el embarazo y después del nacimiento del bebé.
- transformaciones del sentimiento de identidad personal.

-los sistemas defensivos que anteriormente estaban organizados, están a veces fragmentados o violentamente reforzados.

2.1.3. Las etapas de la evolución del bebé se reflejan en la realidad psíquica de la madre.

El nacimiento es, para algunos autores psicoanalíticos (Freud y Rank), el primer gran trauma que sufre el niño.

Pero también para la madre, a otra escala, es un momento traumático, ya que ella debe integrar al niño a su propia imagen corporal y luego separarse de él.

La lactancia le va a permitir por un tiempo seguir unida al bebé. Pero el destete posterior, va a significarle a ella una ruptura, al igual que el inicio de la locomoción del niño por la cual este puede alejarse, por sus propios medios, del cuerpo materno. Así se observa como los logros evolutivos que el niño adquiere y lo llevan a una mayor independencia, tienen su correlato en la psiquis materna.

2.2. Nivel de interacción Comportamental

Algunas de las interacciones comportamentales que se dan entre la madre y el niño, según Fiszlelew, R. y Oiberman, A. (1995), son:

2.2.1. Envoltura maternal

La forma en que la madre sostiene a su bebé, en las primeras semanas, se caracteriza por su proximidad corporal. Para Winnicott (1960) el sostenimiento protege contra la afrenta fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura- tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas (acción de la gravedad)- así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es nunca la misma en dos criaturas distintas, ya que forma parte de ellas y no hay dos criaturas iguales, sigue, así mismo, los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura, cambios tanto físicos como psicológicos...” El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazo y que constituye una forma de amar”.

En esta proximidad se aminora la separación físicas reciente producida por el nacimiento, a la vez que se permite introducir breves y reiterados estímulos que le van permitiendo la discriminación entre ella y su hijo.

Dada su inmadurez física y afectiva, el bebé necesita esta “envoltura maternal”, como experiencia de “fusión afectiva” a distintos niveles con su madre, mientras establece con ella un tipo de relación diferente a la intrauterina.

2.2.2. Comportamiento especular

Este fenómeno ocurre cuando la madre actúa sintiendo a su hijo como una extensión de sí misma, como si fuera una parte suya reflejada en un espejo (comportamiento especular). Esta tan compenetrada con su hijo, que puede sentir lo mismo que él y puede casi adivinar sus necesidades y reclamos

2.2.3. Respuesta materna

Para que la madre pueda calmar al bebé es necesario que sienta que es capaz de calmar, de contener estos períodos de angustia del bebé. Para funcionar en forma continente debe estar dotada de dos actitudes: una infantil (regresiva) y otra adulta. La infantil o regresión de enlace, es necesaria para poder identificarse con su hijo, saber lo que siente y necesita posibilitando los canales comunes preverbales de comunicación. Pero si la madre persiste únicamente en su identificación con el bebé, correría el riesgo de no poder salir de la situación ansiógena. Su actitud como adulta le permitirá saber que ese momento de angustia tiene un fin y para ello apelará entonces a su propia experiencia en relación con su madre u otras figuras maternas.

2.2.4. Sensación de desbordamiento y envoltura maternal

En los momentos en los que el bebé experimenta una fuerte sensación de displacer que se expresa por ejemplo a través del llanto, puede considerarse que la angustia que prevalece es la de aniquilamiento de la unidad biológica. Melanie Klein (1952) dice: “Al principio de la vida pos-natal el lactante experimenta angustia de origen interno y externo. Por muchos años sostuve la idea de que la acción interna del instinto de muerte produce el temor al aniquilamiento, y esto es la causa primera de la angustia persecutoria.”

Otra forma de entender esto sería que el bebé experimentaría la sensación de estar inundado, desbordado por un monto de excitación incapaz de tolerar, de metabolizar por sí mismo. Para poder hablar de aniquilamiento tendría que existir antes algo integrado y es muy difícil que por lo menos en el primer momento, el bebé posea ya un psiquismo “integrado”.

La manera particular con que la madre sostiene a su bebé conforma una “envoltura maternal” proporcionándole una gama de estímulos sensoriales que le indican la presencia materna, su casi fusión, con la posible función de aliviar ese estímulo de indefensión, de desbordamiento.

3. La comunicación en la díada madre-bebé

“Comunicar” proviene de “munus” (latín), y significa “función, servicio, público”. Comunicación es, desde el punto de vista histórico y etimológico, el hecho de hacer participar de algo a los demás.

Se considera la comunicación madre-bebé como un conjunto de fenómenos dinámicos, que se desarrollan en un tiempo entre el niño y su madre.

Fiszelew, R y Oiberman, A. (1995), consideran que en la comunicación madre-bebé, existe una heterogeneidad y desigualdad en los componentes del sistema comunicacional: muchas veces el bebé se expresa con una modalidad somática, por la precariedad de su sistema psíquico, y la madre con una modalidad predominantemente psicológica. En efecto, ambos participantes difieren, de manera importante, en sus capacidades comunicativas.

Soulé (1970, citada en fiszelew, R y Oiberman, A. 1995), afirma que la mayoría de las señales y mensajes que la madre dirige al bebé son en reacción a lo que ella recibe del niño, y muchas veces, se puede suponer que el bebé actúa como una especie de “revelador” de los conflictos intrapsíquicos maternos.

Spitz (1965, p.109), considera que la comunicación entre la madre y el niño pequeño está basada en la percepción “extrasensorial”, o “casi telepática”. También se dice que la madre “adivina” las necesidades del bebé.

Quizás estas ideas surgen del hecho de que los intercambios en esta comunicación son tan sutiles, y a veces, apenas perceptibles para la observación directa. De allí, las dificultades para abordar con una metodología científica estos intercambios.

4. ¿Cuándo se dice que una madre es “buena”?

Según Winnicott (1956), durante el embarazo, al final del mismo y unas cuantas semanas después del nacimiento, se desarrolla en la madre gradualmente un estado de sensibilidad extrema. A ese estado lo llamó

preocupación materna primaria. Se trata de una enfermedad normal porque una mujer debe estar sana, tanto para alcanzar ese estado como para recobrase de él cuando el pequeño la libera. Sólo si esa mujer se halla sensibilizada, podrá ponerse en lugar del pequeño y de este modo, satisfacer sus necesidades. La esencia del cuidado materno radica en que las madres saben con suficiente exactitud cuáles son las necesidades de sus hijos y les complace satisfacerlas. Se halla identificada con el bebé y sabe muy bien cómo se siente. Para ello aprovecha sus propias experiencias de cuando ella misma era bebé.

En relación al modelo continente-contenido, Bion (1980, Pág.105), afirma que la principal capacidad materna consiste en poder “contener” dentro suyo, la angustia del bebé. Se basa en la teoría de la identificación proyectiva, que plantea la existencia de una fantasía omnipotente que permite “colocar” en un objeto (persona), sentimientos y fantasías que el sujeto no puede manejar, y de esta forma se desembaraza de ellos. En la relación madre-hijo, cuando el bebé se encuentra ante una experiencia de extremo displacer, e irrumpe en llanto, necesita que lo ayuden a calmarse, necesita que alguien se haga cargo de su angustia. La madre: “funciona como un continente afectivo de las sensaciones del lactante y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo de estar muriendo en tranquilidad”

La capacidad materna de estar abierta a las proyecciones-necesidades del bebé es lo que Bion denomina **capacidad de “reverie”**. La define como: **“aquel estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier objeto amado, y es por lo tanto capaz de recibir las identificaciones proyectivas del lactante”**. También afirma que: “la fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión”.

El bebé a través de la identificación proyectiva realista busca depositar en la madre sentimientos de los que desea liberarse, por ejemplo, sentir que esta muriendo. Una madre equilibrada a través de su reverie, los acepta y reacciona terapéuticamente, y devuelve los sentimientos en forma tolerable para él. “Pero si

la madre no lo puede contener, lo que el bebé reintroyecta es un terror sin nombre” (Bion, W. 1985. Pág. 106)

Según Oiberman. A (2005), el destino de la maternidad en la mujer va a depender de dos series de factores:

A- Factores históricos: conflictos infantiles e imagos interiores reactivadas, son ellos los que determinan la eficacia o la ductilidad, o ambas, de las funciones adaptativas que movilizan el maternaje.

B- Factores actuales:

- El sostén de la pareja (rol y actitud del marido)
- Apoyo de figuras maternas.
- Red de sostén social y comunitario.
- Comportamiento del bebé (estado somático, sus competencias)

Los apoyos que la nueva madre recibe de su medio, contribuyen a reforzar en ella su buena imagen de madre y permiten el triunfo del amor.

“Para que el éxito sea alcanzado, es necesario un triunfo sobre los conflictos inconscientes: ello va a resultar de la integración del yo, de la resolución del conflicto oral para acceder a una posición simultáneamente pasiva y activa en la relación con el bebé. Este éxito es posible siempre que no haya angustia o agresividad excesiva”. (Oiberman, 2005, p.185)

Es necesario que la regresión normal, funcional e imprescindible para el maternaje, sea soportada y controlada por el yo, es decir, que la mujer no quede sumergida en un narcisismo exigente y vulnerable.

Bick. E.(1968, citado en Gómez, 1997), sostiene que: “... en su forma más primitiva, las partes de la personalidad son sentidas como sin ninguna fuerza que las cohesione, y por lo tanto deben ser mantenidas unidas mediante la piel que funciona como frontera. Pero esta función interna de contener las partes del self,

depende inicialmente de la introyección de un objeto externo (madre) experimentado como capaz de realizarla”. También: “... la necesidad de un objeto que sirva de continente parece producir, en el estado infantil de no integración, una búsqueda frenética de un objeto, (luz, voz, olor, o cualquier otro objeto sensorial) que retenga la atención. De esta manera puede sentir, momentáneamente unidas las partes de la personalidad. El objeto óptimo es el pezón en la boca, junto con el sostén (holding), la charla y el olor de la madre”.

Díaz Rosello, J y col. (1991, citado en Gómez, 1997), resaltan cuatro aspectos:

- 1) Identificación emocional con el bebé
- 2) Activación de la sensibilidad cenestésica (no verbal)
- 3) Capacidad de contener los sentimientos del bebé
- 4) La introyección del cuidado materno como algo que integra al bebé.

Es posible pensar también en la existencia de un quinto elemento: la capacidad materna para entrar en la desorganización del bebé, organizarlo y salir de ella.

5. La Relación Madre-Hijo

“La gran cantidad de términos que se han intentado aplicar a esta pareja, demuestran que se trata de una relación muy especial. Esta aislada, hasta cierto punto de lo que lo rodea y unida entre sí por lazos extraordinariamente poderosos. Son lazos afectivos, y, si se ha llamado al amor un egoísmo de a dos, esto resulta cien veces cierto en la pareja madre-hijo” (Spitz, 1981, Pág. 37)

Hay una diferencia entre la psicología de la madre y la del bebé. La madre es una persona compleja, el bebé, al principio, es todo lo contrario.

Winnicott (1956), denomina, como ya hemos mencionado, “**preocupación maternal primaria**” al estado en el cual las madres adquieren la capacidad de ponerse en el lugar del bebé. Esto significa, que desarrollan una gran capacidad para identificarse con el bebé, lo cual les permite satisfacer sus necesidades básicas.

Cuando la madre era un bebé, tenía iguales necesidades; y aunque ella no lo recuerda, la experiencia nunca se pierde, por eso ocurre que la madre se enfrenta a la dependencia del bebé con una comprensión altamente sensitiva y personal que posibilita adaptarse a una necesidad real.

5.1. Los cuidados maternos

Gómez, L. (1997) considera que los cuidados maternos están orientados a satisfacer las necesidades del hijo. El bebé tiene necesidades de distinto tipo: En primer lugar están las necesidades básicas, como la alimentación, la defensa del peligro y las necesidades corporales. Quizás un bebé necesite ser cambiado de posición o necesite estar más abrigado o menos envuelto, o su sensibilidad cutánea necesite un contacto más suave, o tenga un dolor, cólico y por un momento necesite que lo lleven colgado sobre el hombro; la alimentación debe ser incluida sobre las necesidades físicas.

En segundo lugar, existen necesidades muy sutiles que sólo pueden ser satisfechas por medio del contacto humano. Quizás el bebé necesite sentir el ritmo respiratorio de la madre, o los latidos de un corazón adulto, o necesite

sentir el olor de la madre, o del padre, o los sonidos que indican actividad y vida en el ambiente, o percibir los colores y el movimiento, de modo de no quedar librado a sus propios recursos cuando aún es demasiado inmaduro como para asumir la plena responsabilidad de su vida. Esto puede lograrse mediante la creación de un medio ambiente en el que pueda desarrollar plenamente su capacidad físicas, mentales, y sociales, para que cuando sea adulto pueda hacer frente a su medio físico y social de manera efectiva. Esto exige una atmósfera de afecto y seguridad.

El nacimiento no puede considerarse un acontecimiento de “terminación del bebé”. Es apenas un pasaje que habilita condiciones para continuar con el desarrollo evolutivo. El periodo inmediato después del nacimiento es la etapa que más impresiona en la constitución del ser humano. Aquello con lo que se encuentra será lo que luego sentirá que es la naturaleza de la vida.

5.2. La dependencia necesaria

En la mayoría de los casos, la etapa de dependencia del bebé es reconocida y se satisfacen sus necesidades básicas.

Con buenos cuidados, estos terribles sentimientos que surgen de sus necesidades se convierten en buenas experiencias, que son el fundamento para adquirir la confianza en las personas y en el mundo que lo rodea.

La experiencia de la dependencia que ha sido satisfecha es lo que confiere al bebé la capacidad de comenzar a responder a las demandas que tarde o temprano la madre y el ambiente le plantearán.

Lo que hace que estas cosas sean en general posibles es que la dependencia, absoluta en un primer momento pero que evoluciona gradualmente hacia la independencia, sea aceptada y correspondida por personas que se adaptan a las necesidades del individuo en crecimiento.

La capacidad de la madre de satisfacer las cambiantes necesidades de su bebé le permite a éste tener una línea de vida, relativamente ininterrumpida; le permite también experimentar estados de no-integración y sosiego, confiado en un sostén que no es real, junto con reiteradas fases de integración, que son parte de la tendencia heredada del bebé hacia el crecimiento. El bebé pasa fácilmente de la integración a la no-integración apacible y viceversa, y la acumulación de estas experiencias conforman un modelo y establece una base para las expectativas del bebé. El bebé llega a creer en la confiabilidad de los procesos internos que conducen a la integración en una unidad.

A medida que prosigue el desarrollo y el bebé ya ha adquirido un “adentro” y un “afuera”, la confiabilidad en el ambiente se convierte en una creencia, una introyección basada en la experiencia de confiabilidad.

Podría decirse que el bebé no registra los detalles de la comunicación, pero sí los efectos de la confiabilidad que se inscriben en base a un continuo desarrollo. El bebé registra también los efectos de una falla en la confiabilidad. Cuando la falla no es reparada en el tiempo adecuado (segundo, minutos, horas) se utiliza el término privación. "Un niño privado es el que, después de haber conocido la reparación de las fallas, llega a experimentar fallas no reparadas. En ese caso el niño deberá dedicar su vida a provocar condiciones en que las fallas vuelvan a ser reparadas, brindando así un modelo de vida.

Las fallas graves en el sostén producen en el bebé una ansiedad que se traduce en sensaciones tales como:

- 1) partirse en pedazos o desintegrarse
- 2) caída interminable

3) completo aislamiento, ya que no existen medidas para comunicarse

4) separación entre psique y soma.

Estos son los frutos de la privación, la necesidad del bebé que el ambiente no satisface a tiempo dejando una huella que con el paso del tiempo será una falla psíquica que cimentará entre otros, el sentimiento de que la realidad externa no pueda usarse como reaseguramiento y el sentido de vivir ." (Bowlby, 1982)

CAPÍTULO III: CONCEPTOS DE WINNICOTT

El esquema conceptual de este capítulo ha sido extraído de Forsat, A. (2007).

Desarrollo emocional temprano del bebé, salud mental, madre de devoción corriente, entorno facilitador suficientemente bueno o aprovisionamiento ambiental suficientemente bueno, la confiabilidad, fallas en la confiabilidad, función paterna en el desarrollo temprano, principales funciones maternas, el papel del espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño, fallas en el factor de la madre de devoción corriente o fallas en el ambiente facilitador.

Winnicott, es un teórico del desarrollo temprano del ser humano. A partir de su experiencia con niños pequeños advirtió que buena parte de los problemas emocionales parecían encontrar su origen en etapas tempranas del desarrollo.

1. Desarrollo emocional temprano del bebé:

Para Winnicott (1945, citado en Bleichman, M. 1997), el niño nace indefenso. Es un ser no integrado, provisto de una tendencia al desarrollo. La tarea de la madre es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo. Winnicott plantea que la madre funciona como un “yo auxiliar” hasta que el bebé logra desarrollar su capacidad de síntesis e integración.

Una vez salido del útero materno, es función de la madre contener al bebé funcionando como un sucedáneo del útero biológico creando las condiciones de un ambiente facilitador.

D. Winnicott (1991, pág.55), dice: “Cuando observamos a un bebé, también observamos el medio que lo rodea y, detrás de este, a la madre”. El desarrollo del

bebé depende del bagaje que trae el niño al nacer (lo constitucional-heredado) y del entorno maternal. La madre, al igual que el niño, también necesita de un entorno que la sostenga psíquicamente.

Winnicott (1991), sostiene la hipótesis de que el desarrollo emocional temprano del bebé es facilitado por la madre. Adjudica importancia etiológica (no culpa) al “factor madre de devoción corriente”. Postula que estos procesos psicológicos tienen lugar en el bebé al tiempo de su nacimiento o poco después, cuando “el bebé y la madre no están aún separados en la mente rudimentaria del bebé.” (Winnicott, 1991, p.15). Expone que estos procesos madurativos pueden distorsionarse por fallas originales del ambiente facilitador si el bebé está expuesto a experiencias tempranas dolorosas, cuando el yo no está organizado y el yo auxiliar del quehacer materno es deficiente.

Para explicar estas fallas en las funciones parentales se realiza un recorrido teórico a partir de “examinar lo normal”, en primera instancia, siguiendo el camino que Winnicott citó en la conferencia titulada “Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé”. Dicho autor comprende lo normal según el concepto de salud mental, cuya característica es el predominio de la flexibilidad sobre la rigidez en la organización defensiva. Citando textualmente a Winnicott (1991, p.79), diremos: “La psicología que nos interesa aquí es la que se ocupa de los factores emocionales de la constitución de la personalidad y de la transición gradual desde la dependencia absoluta, pasando por la dependencia relativa, hasta la independencia. Gran parte de esto está supeditado al aprovisionamiento ambiental, de modo que no es posible describir a un bebé o a un niño pequeño sin incluir una descripción del cuidado, que solo se discrimina del individuo en forma gradual. En otras palabras, los procesos de maduración facilitados de un modo extremadamente complejo por las personas que cuidan al bebé permiten a este el rechazo de los que es no-yo y la afirmación de lo que es yo.”

2. Salud mental:

Para Winnicott (1991), **la salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre**, quien proporciona un ambiente facilitador, es decir, un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según sus potencialidades. Afirma, además, que **la madre, no solo conforma las bases de la salud mental del individuo, sino de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo.**

De este modo, el empleo del tratamiento vincular de la díada madre-bebé/niño pequeño, como modo de abordaje dentro de las patologías infantiles, tiene como objetivo promover el desarrollo físico y psíquico sano de bebés o niños pequeños que se encuentran en situación de riesgo. A través de este tipo de abordajes se estaría evitando la instauración de modalidades patológicas que podrían ser de un costo psíquico importante en el desarrollo emocional del niño.

3. Madre de devoción corriente:

3.1. Plena presencia

Continuando con Winnicott, la “**madre suficientemente buena**”, es aquella que ha podido desarrollar la **capacidad de empatía, la disponibilidad maternal, la capacidad de sostén físico y psicológico**. Es aquella capaz de **adaptarse a las necesidades de su hijo**, capacidad que surge de su devoción o dedicación que es posibilitada por su narcisismo, su imaginación y sus recuerdos, que le permiten saber por medio de la identificación cuáles son las necesidades del pequeño. Es a través de la empatía, proceso de identificación con su bebé, que esta madre podrá decodificar sus necesidades.

Winnicott (1979), considera que durante los últimos meses del embarazo y las primeras semanas posteriores al parto se produce en la madre un estado psicológico especial, al que llamó “**preocupación maternal primaria**”. La madre adquiere, gracias a esta sensibilización, una particular capacidad para identificarse con las necesidades del bebé.

Winnicott (1991), desarrolla el concepto “**madre de devoción corriente**” para referirse a todas las tareas que realiza la madre o el sustituto materno. Utiliza la palabra: “**sostén**”, para referirse a todo lo que la madre es y hace en este período. Dicho sostén consiste esencialmente en el contacto, en ausencia de actividad, en el cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola. Es la capacidad de la madre de realizar, en un comienzo, esta íntima adaptación a las necesidades de su hijo. Esto le da al bebé la oportunidad de ser, a partir de lo cual puede surgir a la acción y a la interacción. El niño vive el sostenimiento exitoso como una “continuidad existencial”. Sus fallas se traducen en una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal. La función de sostén puede realizarla una madre (o sustituto materno) identificada con su bebé, intensamente dedicada, consagrada a su bebé. Se trataría, pues, de una madre de devoción corriente con una función de sostén que es sobre todo presencia. El término: “pecho bueno”, aludiría a un quehacer materno satisfactorio en sentido general. Por ejemplo, en el modo en que se sostiene y manipula a un bebé.

El sostenimiento realizado por la madre es el factor que decide el paso del estado de no integración, que caracteriza al recién nacido, al de posterior integración. Este vínculo físico y emocional entre la madre y el bebé sentará la base para el desarrollo saludable de las capacidades innatas del individuo

3.2. Tolerar algunas ausencias

Winnicott (1991), sostiene que, con el tiempo, el bebé comienza a necesitar que su madre falle en adaptarse. Se trataría de un proceso gradual para ir dejando de lado la omnipotencia y estar en condiciones de tolerar frustraciones y fallas relativas del ambiente. Indica, también, que cualquier padre, aunque haya sometido a su bebé a las frustraciones más terribles, nunca lo ha decepcionado si el apoyo de su yo al yo de bebé ha sido confiable. Se podría pensar que Winnicott insiste en un primer período de presencia constante y un segundo tiempo en el cual, gradualmente el bebé puede soportar frustraciones, es decir, ausencia. Y lo puede soportar sin sentirse decepcionado porque su apoyo, su presencia inicial, ha sido confiable.

De este modo, el autor postula que la tarea del maternaje consiste en ilusionar al bebé, para luego desilusionarlo paulatinamente. La descripción dinámica de este proceso puede resumirse como sigue:

- La preocupación materna primaria lleva a la madre a adecuarse casi perfectamente a las necesidades del niño en las primeras semanas.

- La rapidez y la adecuación al deseo del bebé con que se repite dicha experiencia crea en el niño la "ilusión" de que el pecho es parte de él.
- El niño siente que su deseo crea el objeto gratificante cada vez que lo necesita. Y este objeto es, no sólo el pecho, sino el conjunto de cuidados que su madre le brinda.
- Hasta aquí no hay verdadera relación entre uno y otro en el sentido de intersubjetividad . *"El bebé se alimenta de un pecho que es parte de él y la madre da de mamar a un bebé que es parte de ella".*

Con la extinción paulatina de la preocupación materna primaria, la madre pasa a ser lo que nuestro autor llama una madre "suficientemente buena". Ésta continúa proporcionándole al bebé experiencias de ilusión, pero también le provee frustraciones derivadas de la natural imperfección en la adecuación a sus necesidades. Esto guía al bebé hacia el reconocimiento de la realidad exterior

4. Entorno facilitador suficientemente bueno o aprovisionamiento ambiental suficientemente bueno:

“El ambiente humano suficientemente bueno es aquel que se adapta en forma apropiada a las necesidades del bebé.”(Winnicott, 1991, p.124). Estas funciones se desenvuelven desde la relación exclusiva con su madre (o sustituto materno) hasta las relaciones triangulares. “Los niños necesitan un entorno estable dentro del cual resolver sus conflictos de amor y odio, y sus dos tendencias principales, una basada en una orientación hacia el progenitor del

mismo sexo y la otra en una orientación hacia el progenitor del sexo opuesto.” (Winnicott, 1991, p.28)

Los logros de este “entorno facilitador, suficientemente bueno” son fundamentalmente dos, permitir la integración del niño y el comienzo de las relaciones objetales.

La integración se relaciona con la posibilidad de “ser” del infante, el apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebé y permitirá arribar posteriormente al “yo soy”, el “sí mismo”. Por oposición, la desintegración se trataría de una angustia intolerable.

5. La confiabilidad:

Pasos:

1. Confiar en la madre para poder afrontar ansiedades;
2. incorporar esta confianza a su mundo interno;
3. para llegar a confiar en el mundo externo.

Para Winnicott (1991), la confianza del bebé en la capacidad de la madre, de satisfacer sus cambiantes necesidades, le permite a este tener una línea de vida relativamente ininterrumpida; le permite también experimentar estados de no integración, confiado en un sostén. Así se van acumulando experiencias que conforman un modelo interno, que conduce a la integración como unidad. A medida que prosigue el desarrollo, cuando ha adquirido un adentro y un afuera, la confiabilidad en el ambiente se convierte en creencia, una introyección basada en la experiencia de confiabilidad (no mecánicamente perfecta, sino humana). Los

efectos de la confiabilidad se registran en términos de un continuo desarrollo. Una adaptación exitosa a fallas relativas en esta confiabilidad, seguidas de reparaciones, ofrecen al niño sentimiento de seguridad, de haber sido amado. La madre brinda la confianza en una comunicación silenciosa a la que el autor llama amor. Esta intercomunicación se da a través de los movimientos respiratorios, del aliento, del olor particular, el sonido de los latidos del corazón que son conocidos desde antes del nacimiento. También se da a través del juego, que puede convertirse en objeto transicional. Winnicott, (1991) introduce los términos "objetos transicionales" y "fenómenos transicionales" para la zona intermedia de experiencia entre lo subjetivo y lo que se percibe en forma objetiva, se ubica en el espacio potencial entre el afuera y el adentro, entre el yo y el no-yo. Se comporta como "mediador", destinado a oficiar de matriz simbólica que permitirá abrir en el sujeto las vías de todas las futuras investiduras libidinales de objeto, a través de la cara de la madre, prototipo del espejo.

Winnicott (1991), considera que estas experiencias confiables de control, de omnipotencia inicial, permitirán, a posteriori, al bebé comenzar a experimentar y soportar la frustración y experimentar la humildad propia de la individualidad humana: ser solo una partícula del universo.

"La comunicación silenciosa entre la madre y el bebé, que le transmite confianza al hijo, le permite crecer, le facilita los procesos del desarrollo, le permite tener creatividad, descubrir el mundo y utilizarlo". (Winnicott, 1991, p.136)

6. Fallas en la confiabilidad:

Winnicott (1991), sostiene que las fallas en la confiabilidad y una mala comunicación con la madre, alterarán el crecimiento del bebé y en vez de comunicación creativa y salud, prevalecerán la sumisión y el menoscabo. En vez de adaptación exitosa, de sentimientos de seguridad y de haber sido amado, cuando las fallas en la confiabilidad no son reparadas, habrá privación o desprovisión. Se trata de fallas graves en el sostén que producen en el bebé una ansiedad “inconcebible”. El contenido de esta ansiedad es: de partirse en pedazos, de caída interminable, de completo aislamiento o de separación entre psique y soma. Winnicott (1991, p.131) agrega: “Si las cosas fracasan y no se las repara rápidamente, su desarrollo se desviará y la comunicación habrá sufrido un colapso.”

7. Función paterna en el desarrollo temprano:

Winnicott (1991), enuncia que el bebé no puede adaptarse solo al entorno, necesita de un “ambiente facilitador” que sea provisto por la madre. A continuación señala al padre como sostén de la madre, protector de la díada madre-bebé y proveedor de un espacio para que la misma pueda desarrollar su tarea. Cuando no hay un padre que cumpla este rol, es en ese momento en que el apoyo de las redes familiares y sociales adquiere un rol fundamental. Winnicott asigna al padre la función de compartir la responsabilidad de “sostener al bebé” y critica a las mujeres que se quedan detenidas en el primer momento y no comparten el compromiso de sostener al bebé cuando hay un padre. Entre

ambos pueden preservar el espacio para el niño. Otra función que puede aportar el padre es la de suministro ambiental que aumente la confianza de la madre en sí misma, comprendiendo la importancia de los primeros momentos de las experiencias del bebé. De modo que cuando nos referimos a funciones maternas, bien podemos extenderlas a funciones parentales, porque, desde esta concepción, pasada la primera etapa, el padre puede intervenir plenamente en las tareas. Winnicott (1991, p.124) aclara: "Cuando digo "madre" no estoy excluyendo al padre, pero en esta etapa lo que nos concierne es el aspecto maternal del padre." De modo que cuando hablamos de "quehaceres maternos" puede leerse "funciones parentales". Últimamente se está estudiando la incidencia psicológica de los primeros cuidados llevados a cabo por turnos rotativos de los padres.

8. Principales funciones maternas (y, de acuerdo a lo expuesto, paternas):

El desarrollo emocional primitivo incluye, para Winnicott tres tareas principales: integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo y formación de relaciones objetales. Con ellas se corresponden, aproximadamente, las tres funciones de la madre: **sostén, manejo y presentación de objetos.**

Ya se ha hecho referencia a la función de **sostén materno** en relación con la confiabilidad y al contexto en el que tienen lugar importantes comunicaciones. Winnicott (1991), plantea que el significado de esta función se amplía a medida que el bebé crece y su mundo se torna más complejo. Al principio se trata de sostén físico y se va ampliando paulatinamente al funcionamiento de la familia y, en los casos requeridos, al tratamiento asistencial.

Cuando nos referimos al **manejo** aludimos a la organización del bebé que, en un primer momento, se referirá especialmente a la forma de abrazarlo, alimentarlo, higienizarlo y con el tiempo incluirá horarios de vigilia, sueño, actividades, rutinas, para llegar a hablar de los límites, la estabilidad o ambivalencia en las cosas aceptadas, lo estable o errático de lo permitido y de las restricciones.

Para referirnos a la **presentación de objetos**, Winnicott (1991), sostiene que es menester tener en cuenta la existencia de agresividad en el bebé. La madre de devoción corriente puede comprender al bebé cuando él “la destruye” en ocasiones y puede protegerse sin tomar represalias ni vengarse. “Si sobrevive”, cuando el bebé la muerde, la araña, le tira del pelo y la pateo, dará nueva significación para la palabra amor y originará la fantasía. Permitirá que el bebé la destruya en la fantasía y a la vez, pueda objetivizar a la madre, situarla en un mundo que no es parte del bebé.

El desarrollo de la relación de objeto es un logro en el plano del desarrollo emocional del individuo. Abarca todo el horizonte que ofrece el uso del desplazamiento y el simbolismo.

Al principio parecería existir una relación de objeto en el estado primario fusionado. A lo largo del desarrollo emocional del individuo se llega a una etapa en que se puede decir que este se ha convertido en una unidad. Es la etapa del “yo soy” y tiene importancia debido a la necesidad del individuo de llegar a ser antes de hacer. “Soy” tiene que preceder al “hago”, pues de lo contrario “hago” carecerá de sentido para el individuo. Estas etapas reciben reforzamiento del yo materno por la adaptación de la madre a las necesidades de su bebé, en términos de sostén y manejo, o, dicho de otro modo, de aferrar y manipular. Un grosero fracaso ambiental puede provocar **la pérdida de la nueva capacidad de mantener la integración en independencia**. Esta etapa de “soy” tiene vinculación con el concepto de Melanie Klein (1934) sobre la situación depresiva. En dicha fase el niño puede decir: “Heme aquí. Lo que hay dentro de mí es yo y lo que hay fuera de mí no es yo.” Las palabras adentro y afuera se refieren a la vez, en este caso, a la psique y al soma. La capacidad que se desarrolla,

entonces, para la relación de objeto, se basa en un intercambio entre la realidad exterior y las muestras de la realidad psíquica personal y se refleja en el uso de símbolos y en sus juegos creadores. Hay un establecimiento de interrelaciones basadas en los mecanismos de introyección y proyección.

Estas funciones que hemos citado, **pueden ser asumidas por ambos padres**, son de importancia capital hasta los dos años de vida. De ellas dependerá el desarrollo ulterior del niño. Por eso insistimos, es la base para el desarrollo saludable del individuo humano. Nos focalizamos en los primeros dos años de vida porque serán fundamentalmente las experiencias de esta transición, las que le permitirán formar parte del mundo, utilizarlo y contribuir a él.

La importancia de la crianza materna bastante buena, incluye también a los padres. Winnicott puntualiza que el término “paterno” aparece un poco más tarde que “materno”. “El padre, como varón, se convierte poco a poco en un factor importante. Y luego viene la familia.” (Winnicott, 1991, p.183)

“La continuidad de dicho cuidado, responsabilidad compartida por el padre y por la madre, es un rasgo central del concepto de ambiente facilitador. Gracias a esa continuidad y solo con ella, el bebé, en situación de dependencia, puede gozar de continuidad en la línea de su vida y no pasar por una pauta de reacción ante lo impredecible y volver a empezar una y otra vez.” (Winnicott, 1993, p.183)

9. El papel del espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño.

¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? Winnicott (1991), sugiere que se ve a sí mismo. “Lo que ella parece se relaciona con lo que ve en

el niño. Su tarea es tomar nota y aprobar, devolver lo que el bebé es para que pueda “existir y sentirse real”. Sentirse real es más que existir: es una forma de existir como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento” (Winnicott, 1991, p.154). Esta devolución de la persona por el rostro de la madre, también va incluyendo progresivamente al padre, a los miembros de la familia y a los espejos reales.

Los bebés que no reciben de vuelta, en esta apercepción, algo de sí, tienen consecuencias. El rostro de la madre ya no es un espejo, se trunca el comienzo de un intercambio significativo con el mundo. La apercepción deja lugar a la percepción. El bebé, atormentado por el fracaso materno relativo, estudia el rostro de la madre, en un intento de predecir su estado de ánimo. La predecibilidad precaria obliga al bebé a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos. Ello provoca una amenaza de caos, y el niño organiza su retirada, o no mira, salvo para percibir, a manera de defensa. Dice Winnicott (1991, p.146): “El que es así tratado crecerá con desconcierto en lo que respecta a los espejos y a lo que estos pueden ofrecer.”

Winnicott vincula la apercepción con la percepción al postular un proceso en el individuo, que depende del ser visto:

“Cuando miro se me ve y, por lo tanto, existo.

Ahora puedo permitirme mirar y ver.

Ahora miro en forma creadora y, lo que apercibo, también percibo.” (Winnicott, 1991, p.146).

De lo dicho extraemos que “ser visto” haría sentir al bebé que existe. “No ser visto” provocaría sentimientos de ser espantoso, de desintegración o despersonalización. Una historia ambiental muy perturbadora puede provocar una grave y profunda regresión a la dependencia infantil y una insistente búsqueda de un rostro que lo refleje, que corresponderían al funcionamiento temprano.

10. Fallas en el factor de la madre de devoción corriente, quehacer materno insuficientemente bueno o fallas en el ambiente facilitador:

Cuando las funciones enunciadas no están dadas, se puede hablar de que ha fallado el factor de la madre de devoción corriente, sin culpar a nadie. Por lo tanto, dice Winnicott (1991, p.26-27): “Cuando se hace referencia a la función materna fallida, no se trata de culpa o de responsabilidad moral sino de adjudicar importancia etiológica al factor “madre de devoción corriente” que, en vez de resultar facilitador de los procesos de crecimiento psicológico o psicosomático, por muy diversas razones ha fallado, los niños son defraudados y su personalidad resulta dañada a causa de ello.”

Winnicott (1991), sostiene que en los casos en que han existido fallas del ambiente facilitador en una etapa anterior a aquella en que el yo inmaduro y dependiente adquiere la capacidad de organizar defensas, **la dependencia se hace presente**. El sostén incorrecto impone al bebé una conciencia prematura para la cual no está bien equipado. **La integridad personal se ve interrumpida, se siente dividido, sometido a un tormento mental**. Las experiencias son excesivamente dolorosas porque tienen lugar cuando el yo no está organizado y el yo auxiliar del quehacer materno es deficiente. **Son experiencias vividas como un tormento mental que se llevan toda la vida como recuerdo y amenaza**. Esta falla original del ambiente facilitador distorsiona los procesos madurativos y puede llegar a ser uno de los factores en la etiología del autismo, de esquizofrenia (en los casos más graves) y de fracasos en la capacidad para las relaciones objetales. Las fallas graves no producen enojo en el bebé porque aun no está organizado para enojarse por algo, el enojo implica conservar en la mente el ideal que ha sido destrozado.

Winnicott (1991, p.87) aclara que: “Los bebés no recuerdan haber recibido sostén adecuado, lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.”

CAPÍTULO IV: LA PATERNIDAD

“El auto, rauda, recorre la carretera negra. La noche es oscura, la carretera se proyecta hacia adelante, se pierde en el horizonte. Miro por el parabrisas y me pregunto cómo verá el conductor el camino.

Yo tengo la vista confusa, titilan las luces de los vehículos y es un mar de focos y sombras que me nublan la visión en vez de aclararla (...)

De pronto, despierto. Sucede algo extraño, todo se ilumina y me relajo. Ahora veo perfecto. No, son los ojos. El problema no está en mí, estaba en la ruta. Algo ocurrió afuera... Es la misma ruta, el mismo asfalto, la misma noche, pero todo es diferente. Descubro el gran acontecimiento... Ahora la ruta, la misma ruta tiene rayas blancas a los costados, demarcatorias y una línea segmentada en el medio. La ruta está demarcada. Está el adentro, está el afuera y está el medio. ¡Así da gusto! También el cerebro se me enciende.

Descubrí en qué consisten los límites”.

Barylko, 1995, pág.4

1. Concepción psicoanalítica sobre la paternidad

Para Freud y sus seguidores, es la madre el personaje más importante en las primeras etapas de la vida, y representa el objeto privilegiado del amor del niño. El padre comenzará a ocupar un lugar importante en su vida psíquica, recién en la fase edípica, y a través de las fantasías de castración.

Para Lebovici y Cremieux, (1970, citado en Fiszlelew, R. y Oiberman, A. 1995), el padre representa un elemento separador de la díada madre-niño, insertándose precozmente entre ellos.

Para Lacan (1966, citado en Fiszlelew, R. y Oiberman, A. 1995), el padre es quien se introduce entre la madre y el niño, provocando su separación y permitiendo al niño el acceso al mundo exterior. El padre es el representante simbólico de la ley y de la autoridad.

Greenspan (1989, citado en Fiszlelew, R. y Oiberman, A. 1995), revisa el papel de la figura paterna en la psiques infantil en los primeros estadios evolutivos. Para él, el rol del padre es esencial en la etapa “díadica fálica” (anterior a la etapa edípica), para la formación de la temprana personalidad del niño. Asigna al padre el papel de un “segundo otro”.

Hasta los 4 meses, el padre tiene un rol crucial como complemento de la madre, porque “otro” puede ayudar a captar y descifrar las necesidades del niño. Entre los 6 y los 12 meses se incrementa la interacción recíproca tanto en la esfera afectiva como en la esfera cognitiva. Entre los 12 y los 24 meses, el padre juega el papel del “otro significativo”. Según Greenspan, el niño ya tiene un reconocimiento claro del padre frente a las otras figuras. En esta etapa, el padre tiene una figura de relevancia en 3 niveles:

Primero, permite al niño separarse del primer objeto amoroso, ayudándolo a acrecentar la habilidad suficiente para realizarlo.

Segundo, su intervención permite desarrollar habilidades para integrar comportamientos contradictorios de índole afectiva: es la etapa del “no”, como límite, y de “ahí viene papá”.

Tercero, en esta etapa, el padre facilita el sentido de la diferenciación sexual.

En el tercer año de vida, el padre facilita la consolidación de la constancia de objeto, permite estabilizar la diferenciación entre Yo y no Yo, y prepara una situación estable dentro de los patrones de relación triangular, característica de la etapa posterior, la edípica.

En esta última etapa, el padre es una importante figura de identificación para el yo ideal, un facilitador para la consolidación del super yó, y un modelo para establecer un patrón amistoso con sus pares.

Según J.Laplanche (1977), hay que tener en cuenta la intervención del padre como Ley; como elemento regulador que introduce una cierta distancia y hace soportable la relación primitiva con la madre.

Debemos aclarar que esta ley tiene su fundamento en la prohibición del incesto en donde el padre le dice a la madre: “No recuperarás tu producto”, y al niño. “No serás el falo de tu madre”. Esta ley puede comprenderse como una puesta de límites entre estos dos integrantes de la díada que se hallaban fusionados.

El padre actúa como soporte emocional de la madre en el periodo posterior al nacimiento del bebé. Esto ya fue planteado por Winnicott (1984, p. 59-70), al considerar que la madre, para ofrecer un buen holding a su bebé, necesita estar ella misma adecuadamente sostenida por su pareja. Incluso las necesidades del bebé son percibidas por el padre, complementando las actividades de la madre. Para Winnicott, el padre es necesario al principio para ayudar a la madre a sentirse bien en su cuerpo y feliz en su espíritu y luego para sostenerla con su autoridad, para ser la encarnación de la ley y el orden que la madre introduce en la vida del niño.

Esta puesta de límites genera una gran insatisfacción en cuanto que prohíbe volver a este estado de placer inicial, pero a su vez va a abrir caminos para adquirir sustitutos a lo largo de la vida y esto es lo que principalmente debe producirse después del corte; ese ¡NO! Pasará a tener un lugar fundamental en el psiquismo del sujeto y posibilitará una salida hacia un ¡SI! De algo prometido y esperado.

Para A. Aberastury (1978, citado en Fiszlelew, R.y Oiberman, A. 1995), en el primer periodo de la infancia, la figura del padre es básica, al igual que la mamá. La madre cumple un papel importante en el cuidado físico del niño, y en la vida, dentro del hogar, apoyando la estabilidad y cohesión. El padre tiene como función más específica, guiar al niño en su búsqueda del mundo externo; así como en el período inicial del complejo de Edipo ayudarlo a desprenderse de la madre.

Podemos decir que en los primeros momentos de la vida del niño, el padre posibilita el holding a la madre para que ella se lo posibilite a su bebé. Este debe estar de algún modo presente, aunque sea en la mente de la madre. La madre tiene como función presentar al padre al niño como tercero, el cual más adelante ejercerá la función de corte de la díada madre-hijo, gracias a la cual el niño se separa de la madre, dejándola como referente para futuras elecciones de objeto. Es decir que, la función paterna se entiende como aquella que promueve la triangulación en el psiquismo, permitiendo la introducción de un tercero en la díada madre-hijo.

La función paterna implica la imposibilidad de fusionarse y marca la diferencia entre el hijo y la madre, entre el hombre y la mujer, entre el niño y los demás, la intervención punitiva paterna desalienta la fantasía incestuosa del intento de fusión, en donde su presencia representa a un tercero. También será el padre el

posibilitador de la discriminación intrafamiliar y la puerta hacia la sociedad.
Cumple un rol discriminante y sociabilizador.

CAPÍTULO V: FUSIÓN Y SEPARACIÓN

1. Fusión emocional "mamá-bebé"

Joyce McDougall (1989), considera que la vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que conduce a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psique para dos personas, y que estas constituyen una unidad indivisible. El bebé aunque es ya un ser separado, con aptitudes innatas, no es consciente de esto. Para el niño pequeño, él y su madre constituyen una única y misma persona. La madre no es todavía un objeto distinto para el lactante pero, al mismo tiempo, ella es algo mucho más amplio que cualquier otro ser humano. Es un entorno total, una "madre-universo" y el bebé no es sino una pequeña parcela de esta unidad inmensa y apasionante.

Joyce McDougall (1989), afirma que la fantasía del "cuerpo-único", primordialmente en todo ser humano, tiene, naturalmente, un prototipo biológico que nace en la vida intrauterina, cuando el cuerpo-madre debe atender verdaderamente a las necesidades vitales de dos seres. La prolongación imaginaria de esta experiencia no sólo va a desempeñar un papel fundamental en la vida psíquica del recién nacido, sino que también regirá su funcionamiento somatopsíquico. Todo lo que amenace con destruir la ilusión de indistinción entre el propio cuerpo el cuerpo materno impulsará al bebé a una búsqueda desesperada por recuperar el paraíso perdido intrauterino. Del mismo modo, el llanto del bebé y sus señales de desamparo incitan a la madre a responder intuitivamente a este requerimiento urgente, consolando al lactante y recreando la ilusión del Uno: para conseguirlo utiliza su calor, el ritmo, la proximidad protectora de su cuerpo y la música de su voz. Con su capacidad para mantener esta ilusión, la madre otorga al bebé la posibilidad de integrar una imagen interna esencial del entorno materno, que le tranquiliza o simplemente le permite abandonarse apaciblemente en el sueño.

Pero existe también en el bebé, como plantea McDougall (1989), una necesidad importante de **separación**.

Cuando la relación madre-hijo es “suficientemente buena” (según terminología de Winnicott), a partir de la matriz somatopsíquica original se desarrollará una diferenciación progresiva en la estructuración psíquica del niño pequeño entre su propio cuerpo y esta primera representación del mundo exterior que es el cuerpo materno, el “pecho-universo”. Paralelamente, lo psíquico irá distinguiéndose poco a poco, en la mente del niño, de lo somático.

Esta lenta “desomatización” de la psique se acompaña a partir de entonces de una doble búsqueda psíquica: fusionarse completamente con la “madre-universo” y al mismo tiempo diferenciarse completamente de ella. Los bebés intentan por todos los medios de los que disponen, especialmente en períodos de sufrimiento físico o psicológico, recrear la ilusión de la unidad corporal y mental con el pecho-universo mágico pero, en otros momentos, lucharán con igual energía para diferenciar su cuerpo y su sí mismo naciente del cuerpo y del sí mismo de la madre.

“Mientras los deseos inconscientes de la madre no le llevan a contrarrestar esta tendencia universal a la fusión y a la diferenciación, cada bebé, utilizando los diferentes procesos psicológicos de la internalización de que dispone la psique (incorporación, introyección e identificación), construye primero una imagen del entorno materno y luego una representación mental de la madre misma como figura tranquilizante y acogedora, capaz de calmar las tormentas afectivas del bebé y de modificar su sufrimiento sin contrariar su constante deseo a acceder a la autonomía somática y psíquica. Esto pondrá los cimientos de una identificación ulterior, en el mundo interno del bebé, con una Imago atenta y reconfortante, beneficiando la constitución de su propio yo.” (Joyce McDougall, 1989)

Es importante que la madre pueda captar y responder a las necesidades del niño al venir al mundo, pero debe aprender asimismo a despegarse dando paso a la discriminación.

2. Sostén y Separación: "Funciones del padre"

Podemos decir que la función del padre tiene dos tiempos: la primera se refiere al **sostén** en los primeros dos años, y el segundo se refiere a la **separación**, que coincide con el momento en que el niño empieza la separación emocional de la madre construyendo su propio yo.

2.1. El sostén paterno:

Se refiere al cuidado y la contención ejercidos por el padre hacia la madre para que ella pueda cumplir con su rol de maternaje. Requiere una actitud muy activa.

¿Qué significa sostener el maternaje?:

1-**Facilitar** la fusión mamá-bebé, permitirla y defenderla. Para que una mamá este en condiciones de sumergirse en la fusión, necesita despojarse de todas las preocupaciones materiales y mundanas. Precisa tener delegadas todas las tareas que no son imprescindibles para la supervivencia del niño.

2-Defender la fusión del mundo exterior, apabullados por los consejos, las críticas, y los sermones acerca de lo que “hay que hacer”. Resguardar el nido. Ser un intermediario, constituirse en muralla entre el mundo interno y el mundo externo. Las madres fusionadas necesitan un defensor que le permita retrotraerse a su función específica sin necesitar armarse contra el afuera. Toda energía dispersa en defenderse, es energía perdida para la crianza del niño.

3-Apoyar activamente la introspección, es decir, permitir que la mamá explore la apertura de su subjetividad, vivenciado con libertad e intimidad la experiencia del florecimiento de su madre interior. El apoyo y el acompañamiento afectuoso permitirán a la madre no asustarse de sus partes ocultas, confiar en el proceso y saber que hay una mano tendida para tomar en los tramos más duros.

4-Proteger. Hay muchas maneras de proteger, en nuestra sociedad esto se refiere principalmente a lo económico: es el padre quien consigue, administra y organiza el dinero del hogar para cubrir las necesidades básicas de la díada mamá-hijo. Liberar a la madre de estas preocupaciones le permite sostener la fusión y el maternaje del período inicial. El varón conserva espacio psíquico disponible para tomar decisiones, buscar ayuda, organizar el funcionamiento familiar y resolver cuestiones del mundo material.

5- Aceptar y amar a su mujer. Lo esencial en este período no es cuestionar las decisiones o intuiciones sutiles de la madre. No es tiempo de discusión. Es tiempo de aceptación y observación.

2.2. El rol del padre como separador emocional

Alrededor de los 20 y 30 meses aproximadamente, el niño empieza a desprenderse de la fusión emocional con la madre anunciándose a sí mismo como ser separado: "yo". Es el momento ideal para que el padre intervenga quebrando la fusión en el tiempo adecuado, liberando tanto a la madre como al niño.

En el padre moran dos intereses genuinos: recuperar a su mujer como sujeto sexual y de amor por un lado, y por el otro, relacionarse directamente con el hijo.

1-Recuperar a la mujer amada: Con este deseo como motor básico, el padre cumple con su rol de separador, dirigiendo su energía hacia el restablecimiento de la pareja.

2- Relacionarse directamente con el hijo es posible ahora que el varón tiene un interés genuino. El padre se introduce en la relación directa con el niño llevándolo hacia el mundo social, el afuera.

Un elemento fundamental en la constitución de los roles interfamiliares, es que los niños construyen su entendimiento a través de la palabra mediadora de la madre. En el caso de la función paterna, es necesario que la madre nombre y reconozca las funciones del padre

**CAPÍTULO VI:
MODELOS DE FUNCIONAMIENTO
MATERNO DESCRIPTOS POR D.
LIBERMAN**

Para este trabajo, se seleccionaron los modelos de funcionamiento postulados por Liberman, D. y otros de “madre que rebota” y madre metebombas”, para observar si existe o no el predominio de alguno de estos funcionamientos en las madres de los niños que padecen enfermedades persistentes.

Liberman, D. y otros (1993), postula estos modelos que le permiten encontrar patrones evolutivos comparativos en patologías psicosomáticas infantiles. En nuestro caso intentaremos a través de la aplicación de estos modelos detectar aquellas características comunes en las madres de niños que padecen una enfermedad persistente.

Si bien indagamos en mayor profundidad el vínculo materno, a través de estos modelos de funcionamiento, no ignoramos el papel que ocupa el padre en dicha relación. Trataremos de inferir del material recogido su lugar y función, reales o fantaseadas, que se les otorga.

Recurrimos a las palabras de Liberman, D. (1993), para definir ambos modelos:

◇ **El modelo “madre que rebota”** se caracteriza por un tipo de desconexión afectiva, que impide a la madre recibir y procesar el mensaje del hijo, cuando éste implica estados de ansiedad. La mamá deja sin contención a las emociones del niño, rebotando sus identificaciones proyectivas significativas.

◇ **La madre “mete bombas”** presenta la misma incapacidad para recibir las identificaciones proyectivas del bebé, pero reviste mayor patología, en tanto sobrecarga al hijo con sus propias proyecciones violentas, que toman la forma de inducciones o evacuaciones.

Liberman, D y otros (1993), considera que estas madres estabilizan su relación con el hijo sobre la base de una propuesta narcisista que supone una inversión de la relación madre-hijo desde el comienzo de la vida: el hijo es el encargado de

calmar la ansiedad materna y satisfacerla a través de logros que colmen sus aspiraciones. Desde los primeros contactos la madre en lugar de ser el escudo protector o yo auxiliar del hijo, necesita que sea el hijo el que cumpla esa función.

Liberman, D. y otros (1993), afirma que en estos casos, domina una inversión del rol adulto-niño; los padres no logran modificarse y transformarse; es el niño el que cambia de acuerdo con el modelo de sus progenitores.

Durante la primera infancia, frente al desamparo, la falta de sostén, apoyo, calor, permanencia o cuidados insatisfactorios, aparece el instinto de supervivencia y por lo tanto el bebé utilizará algunos recursos para sortear estas dificultades. Uno de esos recursos puede ser la enfermedad física.

Liberman, D. y otros (1993), cita a Valero quien en “Experiencias con una bruja buena”, dice lo siguiente: “En la simbiosis normal, el infante y la madre experimentarían en común una necesidad del otro para el desarrollo de una etapa vital de la vida. Pero son necesidades diferentes. El niño necesita, en extrema dependencia, de la madre no solo para sobrevivir sino para desarrollar su identidad [...]”. “La madre necesita al bebé en una dependencia especializada y relacionada con la reparación de su infancia y el desarrollo hacia la maternidad. Pienso que si el desarrollo de la pareja madre-hijo es adecuado, el infante no confunde, en general, la personalidad de la madre con la suya, por el contrario, las ansiedades de separación en estas situaciones están precisamente relacionadas con el reconocimiento de la individualidad de la madre y de las funciones y cualidades del vínculo que se pierden. Las ansiedades de la madre en estos casos difieren sustancialmente de las del infante, a consecuencia de la no confusión por parte de la madre de su personalidad con la de su hijo [...]” [...] En la simbiosis patológica, las ansiedades de separación están vinculadas a temores catastróficos, pues no solo está en juego la pérdida de la madre, sino la situación propia del infante con su desarrollo perturbado. Central en esa perturbación es la confusión, por parte de la madre, de las ansiedades del bebé

con las suyas propias, y por consiguiente, la similitud de las ansiedades de separación por parte del hijo y de la madre”.

Liberman, D y otros (1993), las describe como madres que responden de un modo especular al desborde emocional del bebé: la angustia del mismo es origen del desarrollo de su propia angustia. Esos “llantos fuera de programa” que no logran ser decodificados, provocan en ella estados de desorganización y angustia impotente, que necesitan frenar con urgencia, forzando al bebé a que detenga el llanto perturbador. Para ello apelan a acciones prácticas sobre el cuerpo infantil.

Toda manifestación de ansiedad es vivida como una herida narcisista, como un fracaso personal en su rol, que la desestima y desorganiza.

El déficit inicial deriva de la incapacidad materna para desarrollar funciones intuitivas y empáticas, dirigidas receptivamente al bebé, para explorarlo en lo emocional y representarlo internamente como un individuo particular. En lugar de un espacio disponible para el hijo real, observamos en estas mamás una relación previa con un objeto interno idealizado, rígidamente instalado. Este objeto interno es un hijo ideal, sin necesidades ni emociones desorganizativas, equivalente al propio ideal del yo materno. –el modelo interno narcisista entra precozmente en contradicción con el bebé real que, como tal está expuesto a desorganizarse por ansiedad. Esta oposición no da lugar a una reacomodación materna sino al reforzamiento del vínculo narcisista. Se priva de significado emocional a las descargas motoras (llanto) del bebé real y desarrollan acciones sobre su musculatura, tendientes a “modelarlo” a semejanza del objeto interno ideal.

Según Liberman, D. y otros (1993), las funciones receptivas- introyectivas de la madre continente, fundamento de la simbiosis, ceden paso a identificaciones proyectivas sobre el bebé. Se establece a partir de aquí, una patología desde la madre, de reversión de la simbiosis, en tanto el bebé pasa a ser el continente ilusorio y precario del ideal del yo materno.

Liberman , D. y otros(1993), plantea la hipótesis de que el niño que presenta tendencia a somatizar, puede ser víctima de violentas y masivas proyecciones provenientes de los objetos primarios, que le producen dolor y ansiedad, que él no tolera a nivel psíquico. La identificación proyectiva es el mecanismo fundamental, subyacente al acting-out, por el cual los sentimientos no tolerados son colocados en el cuerpo, cuando no encuentran en el exterior un objeto suficientemente confiable para que funcione como continente.

**CAPÍTULO VII:
LA ENFERMEDAD TIENE ALGO
PARA DECIRNOS**

1. ¿Por qué el cuerpo?

Durante la primera infancia, desde lo más temprano en la evolución, el niño utiliza su cuerpo para expresar diversas emociones. Malestar, respuestas opositivas, agrado o dolor, son soportadas por las funciones corporales.

Es este sustrato, el biológico, lo que permitirá al bebé construirse una noción de mundo, a partir de las sensaciones que provienen de su funcionamiento corporal. Metaforiza, por así decirlo, el mundo, mediante sus procesos corporales. Freud dice al respecto sobre el infante que es "sólo un puñado de biología".

A partir de esta prematuridad biológica donde no hay aún suficiente desarrollo de la motricidad ni del lenguaje, los cambios ambientales o los defectos de crianza, por exceso o déficit, serán expresados en perturbaciones ligadas a las pulsiones de autoconservación: en el dormir por ejemplo, disfuncionalmente expresado como insomnio; en la alimentación expresado como vómitos, etc.

En la constitución del Yo, debemos tener en cuenta que al comienzo no hay un Yo psíquico sino un **Yo Orgánico** (Freud, 1914). "El Yo es ante todo, dice Freud, una esencia cuerpo, no sólo una esencia superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie". El Yo queda indisolublemente ligado al cuerpo.

Spitz (1972), considera que el niño que se encuentra en la primera etapa, está en estado de somato-psique, o sea, de diferenciación insuficiente entre el soma y el psiquismo. Cabe esperar, pues, que ciertas influencias psíquicas tengan efecto de irradiación en el soma, o que una influencia psíquica llegue a hacer disminuir la resistencia del niño a todo género de enfermedades.

“Es interesante observar hasta qué punto prevalece en esta época lo somático en las dificultades en las relaciones entre madre e hijo, siendo así que más tarde, después de la formación del yo, dominarán los desórdenes del comportamiento”. (Spitz, 1972)

En los niños pequeños el síntoma generalmente es corporal. La angustia y los conflictos se tramitan en el cuerpo real.

Podemos asumir la realidad de un cuerpo vulnerable, que puede debilitarse y enfermarse, pero a veces cuesta considerarlo también como un cuerpo que habla a través de la dolencia, el malestar y la incomodidad. Un cuerpo que habla para ser escuchado, y que aparece para ser observado.

Con respecto a esto, podríamos decir, que en algunos casos, y teniendo en cuenta la relación entre mente y cuerpo, la enfermedad persistente de un niño pequeño puede estar manifestando los conflictos emocionales de su madre y/o padre.

De este modo, y para lograr una mayor integración entre las variables seleccionadas para nuestra investigación, consideramos la **enfermedad** como una señal portadora de información. El cuerpo, a través de su lenguaje específico, trata de expresar algo, porta un mensaje encapsulado que hay que descifrar.

2º PARTE

PRÁCTICA

**CAPÍTULO VIII:
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN**

1. Objetivos:

El **objetivo general** es:

◇ Profundizar el estudio del funcionamiento materno y del vínculo madre-hijo-padre.

Los **objetivos específicos** son:

◇ Identificar funciones maternas y/o paternas cuya incidencia se considera estructurante del psiquismo.

◇ Indagar sobre las funciones maternas y/o paternas durante los dos primeros años del infante en aquellos casos en los que el niño presenta una enfermedad persistente.

◇ Articular la teoría con la presentación de tres casos clínico.

2. Tipo de estudio

Se trata de una investigación con una metodología cualitativa. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento.

El alcance de la investigación es descriptivo, ya que pretende describir el comportamiento de los sujetos en las variables examinadas, decir cómo se manifiestan determinados fenómenos. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de cualquier tipo de fenómeno que sea sometido a análisis (Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P. 1998). Por tanto las conclusiones emitidas quedan circunscriptas al estudio del tema abordado. Es decir, no se procura llegar a conclusiones definitivas ni a verdades absolutas que agoten el total de las explicaciones posibles sobre esa temática.

3. Técnica utilizada

- La técnica de recolección de datos utilizada es la Entrevista semidirigida.

4. Procedimiento

Para llevar a cabo los objetivos, e intentar dar respuesta a las preguntas que guían el trabajo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres madres cuyos niños padecen algún tipo de enfermedad persistente. Se indagó sobre la historia personal, embarazo, parto, vínculo temprano, desarrollo del niño,

sucesos más importantes en la vida familiar, primer manifestación de la enfermedad, síntomas, tratamientos, relación con algún suceso particular.

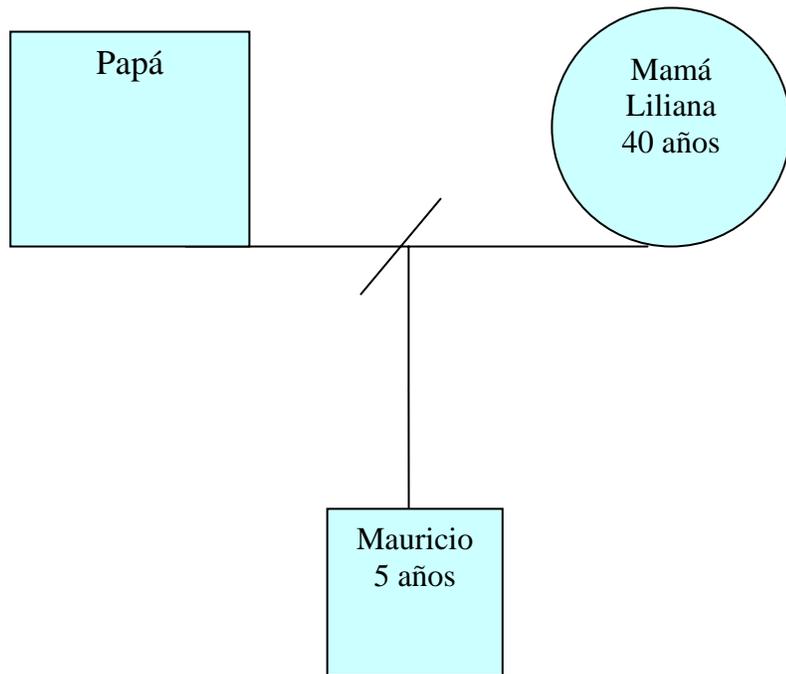
El análisis de los casos se realizó teniendo en cuenta, fundamentalmente los aportes de Liberma, D y otros (2003), los conceptos de Winnicott y Bion.

**CAPÍTULO IX:
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE
TRES CASOS CLÍNICOS**

CASO CLÍNICO N° 1

CASO: MAURICIO

FAMILIOGRAMA



DATOS RELEVANTES DEL CASO

- Liliana es madre soltera.
- Mauricio, a los dos años y medio, manifiesta un episodio asmático.
- El niño fue derivado, por el servicio de pediatría del Hospital Notti, al psicólogo, para realizar un psicodiagnóstico.
- El diagnóstico del psicólogo fue, según expresa la madre, que Mauricio estaba somatizando.
- El profesional psicólogo, sugirió que Liliana empiece un tratamiento psicológico.
- Luego de un año de tratamiento con la madre, Mauricio no volvió a manifestar episodios asmáticos.
- Con respecto a la enfermedad persistente que sufrió Mauricio se conoce que:

(Hay que aclarar que Mauricio no fue diagnosticado de Asmático sino que presentaba episodios asmáticos, en los cuales se le cerraba el pecho, dificultando la respiración.)

El asma es la enfermedad broncopulmonar crónica más frecuente en la infancia. El asma, habitualmente, no responde a una sola causa. Diferentes factores (hereditarios, alérgicos, infecciosos, emocionales o físicos) son capaces de desencadenar una crisis. En cada niño asmático estos factores se combinan de distinta manera, con predominio de uno de ellos. La precocidad del diagnóstico y el abordaje a través de tratamiento interdisciplinario que contemple todos los factores involucrados en la aparición y mantenimiento de la enfermedad, aportará un beneficio indudable, y más aún, si se incluye la activa participación de los padres en este tratamiento, sobre todo, en la creación de un clima emocional adecuado que permita la mejor resolución de las crisis y el normal desarrollo y maduración del niño.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS MAMÁ LILIANA

Cuando Liliana se queda embarazada de Mauricio se encuentra en una situación conflictiva con el padre del niño, quien al poco tiempo del nacimiento se va y no vuelve. A partir de esto podemos inferir que, teniendo en cuenta la importancia del papel que tiene el padre en cuanto a su función de sostener emocional y materialmente a la madre para que ésta pueda llevar a cabo el proceso de “holding”, (que implica tener, contener, sostener al bebé), observamos que en este caso esa función del padre se ve obstaculizada, dificultando un conveniente establecimiento de la función materna.

A lo largo de las entrevistas, Liliana enfatiza una y otra vez que el hecho de que el padre de Mauricio los haya abandonado, era para ella una situación que le generaba mucha angustia, ya que se sentía sola y desamparada. Es a partir de esto que inferimos que en este caso las posibilidades de la madre de metabolizar las ansiedades de su bebé se encontraban obstruidas por su propia problemática.

Para Liberman, D. y otros (1993) es frecuente que estos niños se enfermen mucho en los dos primeros años de vida. En este caso pudo observarse esta situación. Mauricio padeció desde muy pequeño enfermedades recurrentes. Su mamá cuenta: **“Mauricio se enfermaba tanto, y yo lo tomaba como lo peor que me podía pasar en la vida que Mauricio se enfermara”**.

Liliana recuerda: **“Cuando Mauricio lloraba, sentía mucha angustia, una angustia total, es más debido a todo esto entre en una depresión, tanto que no podía comer, no quería, al mes pesaba menos que antes del embarazo. Sentía mucha angustia.”** Liliana “rebotaba” los alimentos como “rebotaba” las ansiedades de su niño. En este caso se ven afectadas las funciones de

incorporación, introyección, por lo tanto esta mamá no puede receptar, contener, ni metabolizar las ansiedades que por vía de la identificación proyectiva le dirige su niño.

El psiquismo del recién nacido no le permite manejar sus estados de angustia. La forma de comunicarse y comunicar sus estados, es a través del desborde de angustia. En este sentido la madre y el padre son los que tienen que hacerse cargo, ser receptivos de tal estado y a través de su propia resonancia emocional y su capacidad de identificarse con la situación del bebé, encontrar una propuesta resolutoria. Así el vínculo temprano es una especie de laboratorio "metabolizador" y transformador de situaciones de angustia, en situaciones de satisfacción, y ambas partes del vínculo se sienten gratificadas. La resolución de estos estadios tempranos del manejo de las sobrecargas emocionales del órgano mental del bebé, sientan las bases del psiquismo del ser humano. La actuación del adulto, va calificando los estados mentales del bebé y además es capaz de dar respuestas transformadoras de tales estados en el interior de la mente del bebé.

La madre para lograr esto apela a toda su capacidad madura y a todo su entorno sostenedor y reasegurador, y a la relación con el padre de su bebé. En este caso, Liliana no cuenta con ese entorno sostenedor que le permita poder recibir y metabolizar las proyecciones de su hijo. La mamá comenta: **“Cuando nació Mauricio no la pase bien, yo venía con un embarazo muy sola, muy desamparada...Solo contaba con mi mamá, pero mi mamá es una persona que dice “hay que feo que es ver sufrir a un hijo”, así que en ese momento yo tenía que hacer de sostén de ella. Y el padre que estaba pero no estaba”**.

Otra característica es la exigencias al niño de control emocional, muscular y esfinteriano. Frente a esto la madre comenta: **“Yo he sido muy absolutista, a los 6 mese tenía que empezar a comer y debía ser así, al año tenía que caminar y tenía que caminar. Tenía una amiga con una nena un poco más grande que Mauri y me ponía muy ansiosa cuando no veía los mismos**

progresos en Mauri que en ella.” Con respecto al control de esfínteres la madre recuerda: **“Fue algo largo para él y para mí. Yo sentía que él no lo iba a poder superar. Yo he sido muy absoluta, si a los 2 años y medio llego el invierno y Mauri no había aprendido a ir al baño yo sentía que nunca lo iba a aprender, me amargaba, pensando que tenía algún problema, lo llevaba al baño para que no se hiciera en sima, y me angustiaba un montón y cerca de noviembre cuando Mauri cumplió 3, ya ahí dije no!, vamos a intentar; y los dejó, de día; Y de noche, ha dejado los pañales hace dos meses. Y ya no se hace más pipi encima.”** Estas madres suelen presentar una ambición excesiva respecto del crecimiento madurativo del hijo, mantienen un control permanente del cuerpo del bebé y su funcionamiento.

En este caso la mamá cuenta que por razones laborales, el niño quedaba bajo el cuidado de la abuela materna o de la tía y que eran inexistentes reacciones, de cualquier naturaleza, ante esta situación. La madre comenta: **“Mauricio no tiene problema en quedarse con mi mamá o mi hermana... También se queda en los cumpleaños de amiguitos, sin problema”.**

Liliana afirma: **“Mauricio fue Mauricio de toda mi vida, el nombre y un varón y mi hijo, lo desee de toda mi vida, no me acuerdo cuando fue pero debe haber sido como a los 9 o 10 años que yo leí un libro y yo dije yo quiero un Mauricio, para mí era Mauricio, así que cuando me dijeron que era varón en la ecografía yo dije este se llama Mauricio.”** Liberman, D. y otros (1993) postulan que en estos casos, suele haber una imposición al hijo real de un modelo ideal previo. La imposición del modelo sobre el hijo real, marca una patología básica en el proceso de diferenciación entre el yo y el objeto, dado que interfiere el uso de la agresión como instrumento para revelar las propias necesidades. Liberman afirma que en estos casos, domina una inversión del rol adulto-niño; los padres no logran modificarse y transformarse; es el niño el que cambia de acuerdo con el modelo de sus progenitores. En relación a esto Liliana afirma que: **“Antes Mauricio era lo que debía ser, yo no me daba cuenta,**

pero él se adaptaba a eso, pero ahora, con la terapia lo puedo ver y ahora Mauri no es lo que debe ser, sino lo que es”.

Comenta Liliana: **“Al principio con Mauri yo sentí que me invadió, que me quitó un poco la vida. Eso te da, mucha culpa, pero yo sentía eso, que no tenía vida, ya no. Por muchos años no me podía pintar las uñas porque si me veía quería algo, no podía hacer nada porque él demandaba atención cuando yo estaba haciendo algo para mí. Y eso sí me enojaba, me enojaba y al mismo tiempo me daba culpa porque me sentía enojada con él y así , era un círculo del que no podía salir. Pero si, yo sentí que Mauricio me quito vida. Después al contrario, pero en un principio sí, y me sentía muy culpable.”** Con respecto a esto, Winnicott (1947), demuestra la ambivalencia del sentimiento maternal: principalmente en los primeros meses de la vida del niño, la madre siente que su bebé la requiere a cada instante, la distrae de su vida sexual, no la tiene en cuenta como una persona diferente sino como una extensión de él mismo. La corriente agresiva que todo esto genera en la madre es natural, pero aún cuando estos sentimientos aparezcan como los más evidentes, no son en general, los más fuertes.

Con respecto a la enfermedad de Mauricio la madre comenta: **“A él se le cerraba el pecho y no podía respirar, lo que tenía eran episodios de asma. Pero lo que él hacía era manifestar mis angustias, cuando yo empecé mi terapia a partir de estas somatizaciones que hacia Mauri, empecé a relacionar lo que a mí me pasaba con los episodios de asma de él y cuando Mauri muestra un episodio así, es porque yo estoy mal en algún tema mío, es que Mauricio es una esponja con migo y ya tiene 5 años y sigue siendo una esponja, él muestra todo lo que me pasa, mis estados, por ahí me da hasta culpa porque a veces yo estoy pasando un mal momento y él lo absorbe de una forma y me lo muestra, “así estas vos” y es real . Y con el tema del asma la primera vez fue así, cuando volvimos de vacaciones y yo tenía que volver a trabajar, en realidad él no sabía nada, él no sabe cuándo es lunes cuando es domingo, la que estaba angustiada era yo, es real eso, o**

cuando he pasado otros tipos de angustias o acá en el trabajo y él me lo ha mostrado. Ahora ya no hace los ataques de asma, pero a veces me lo muestra con un berrinche y yo ahí me doy cuenta que algo me está pasando a mí, y si me conecto con como estoy yo, en realidad me doy cuenta que yo soy la que esta angustiada.”

Esto nos habla de que Mauricio y su mamá siguen fusionados en el mundo emocional. De este modo todo lo que la mamá siente, lo que recuerda, lo que la preocupa, lo que rechaza, el niño lo vive como propio. Oiberman. A (2005, p. 187), considera que: “La madre se identifica tan estrechamente con su bebé que lo siente psíquicamente como una parte de ella misma. Es por esta condición, que la madre puede constituirse en el yo que el bebé no posee aún, pero que se constituirá justamente sobre la base de esta relación”. Joyce McDougall (1989), considera que la vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que conduce a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psique para dos personas, y que estas constituyen una unidad indivisible. El bebé aunque es ya un ser separado, con aptitudes innatas, no es consciente de esto. Para el niño pequeño, él y su madre constituyen una única y misma persona.

Con respecto a esta fusión emocional que se observa entre Liliana y su hijo y ante la ausencia de una figura paterna, citamos a J.Laplanche (1977), quien considera que hay que tener en cuenta la intervención del padre como Ley; como elemento regulador que introduce una cierta distancia y hace soportable la relación primitiva con la madre. Aclarando que esta ley tiene su fundamento en la prohibición del incesto en donde el padre le dice a la madre: “No recuperarás tu producto”, y al niño. “No serás el falo de tu madre”. Esta ley puede comprenderse como una puesta de límites entre estos dos integrantes de la díada que se hallaban fusionados. Esta puesta de límites genera una gran insatisfacción en cuanto que prohíbe volver a este estado de placer inicial, pero a su vez abre caminos para adquirir sustitutos a lo largo de la vida y esto es lo que principalmente debe producirse después del corte; ese ¡NO! Pasa a tener un

lugar fundamental en el psiquismo del sujeto y posibilita una salida hacia un ¡SI!
De algo prometido y esperado.

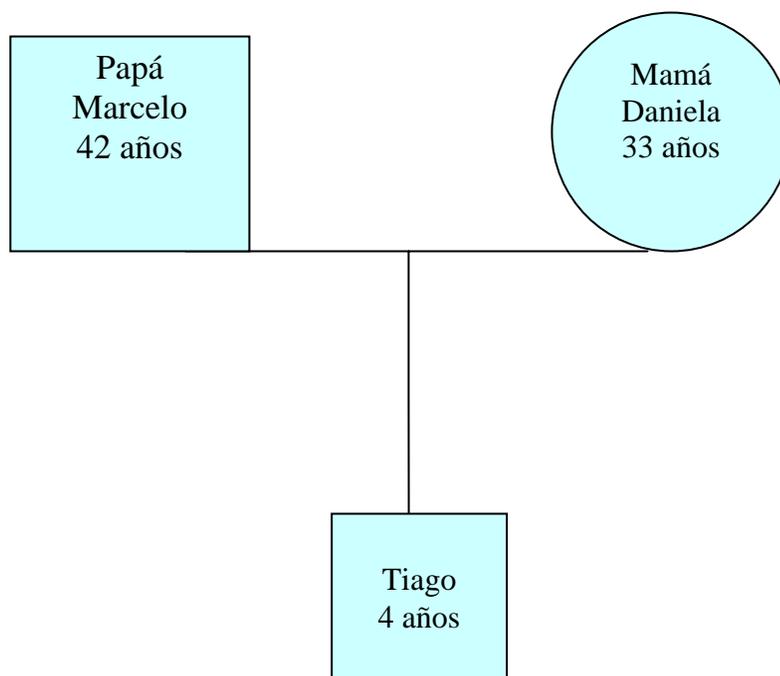
Liliana comenta: **“Muchas veces siento la ausencia de esa figura paterna, cuando tengo que tomar una decisión, me gustaría tener alguien con quién consultarlo, alguien que tenga la misma responsabilidad o más bien el mismo vínculo. Y cuando ha estado enfermo más. En eso no puedo dejar de sentirme un poco incompleta. Porque yo soy la madre no soy el padre hasta poniendo límites soy la madre, y le tengo que poner los límites pero al mismo tiempo me nace darle un cariño y cuesta, es complicado. Y es que me es difícil porque a veces lo reto y al ratito me lo comería a besos y tengo que mantener cierta distancia y es esa dualidad que se hace difícil, no es imposible pero se hace más difícil.”**

Se observa cierta dificultad para lograr la separación que permita a Mauricio constituirse como un ser separado de su madre. Ante esto La madre afirma: **“Después del berrinche que hizo Mauricio anoche, y al darme cuenta que en realidad soy yo la que esta angustiada, he pensado que lo que necesito trabajar en terapia es la posibilidad de empezar a diferenciarnos porque me parece que no es saludable que él, a los 5 años, se refleje tanto en mí, me da culpa que tenga que cargar con mis problemas”.**

CASO CLÍNICO N°2

CASO: TIAGO

FAMILIOGRAMA



DATOS RELEVANTES DEL CASO

- Daniela es de la provincia de Salta, conoció a su marido, cuando éste visitaba la provincia por un viaje de trabajo.
- Al casarse, Daniela se fue a vivir con su marido, Marcelo, a Mendoza.
- Marcelo, por asuntos laborales, viaja a otras provincias, pasando 20 días fuera y 10 días en Mendoza.
- Durante el año pasado, Marcelo, estuvo sin trabajo por lo que compartía muchos momentos con Tiago y su esposa.
- Marcelo consigue trabajo en el mes de diciembre y viaja fuera de la provincia, ese mismo mes y en ausencia de su padre, Tiago manifiesta por primera vez diabetes.
- Los padres han notado que los dos primeros días en los que Marcelo sale de viaje, a Tiago se le elevan los niveles de glucosa.
- Con respecto a la enfermedad que presenta Tiago, se conoce que:

La diabetes: es una enfermedad que podemos considerar autoinmune, Nelson Castro (2005) la describe así “es una alteración del metabolismo de los hidratos de Carbono provocada por un déficit de la producción de insulina (que es una hormona) o bien por un trastorno en su utilización. Dado que la glucosa no se puede incorporar a la célula, permanece en la sangre en cantidad superior a lo normal y resulta un elemento inútil para suministrar energía y no puede ser absorbida por los tejidos. Es una enfermedad crónica que requiere cuidados adecuados, como ser un control estricto en la alimentación, en la distribución horaria de la misma y la aplicación de insulina de por vida en aquellos que son insulino dependientes”.

Artículos médicos sobre la diabetes infantil sostienen que la misma aparece en la juventud o en la infancia, generalmente por incidencia de un factor emocional (traumático o stress) o en su defecto un elemento virósico. En ambos casos es necesario un descenso de las defensas psicológicas para que se produzca la aparición de la enfermedad.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS: MAMÁ DANIELA

Daniela refiere que su marido, el padre de Tiago, por razones laborales, pasa mucho tiempo fuera del hogar. A partir de esto podemos inferir que, teniendo en cuenta la importancia del papel que tiene el padre en cuanto a su función de sostener emocionalmente a la madre para que ésta pueda llevar a cabo el proceso de “holding”, (que implica tener, contener, sostener al bebé), observamos que en este caso esa función del padre se ve obstaculizada, dificultando un conveniente establecimiento de la función materna.

La madre recuerda: **“Tiago es un nene súper tranquilo, no era un bebé de estar mucho tiempo en brazos y de llorar, lo dejaba en el moisés y estaba re tranquilo. De chiquito lo acostumbramos a dormir solito”**. La mamá adopta “medidas educativas” para la crianza de su hijo, entre ellas sustituir sus brazos, sostén-continentes, por el moisés o cochecito, espacio elegido para depositar al bebé.

El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazo y constituye una forma de amar. En esta proximidad se aminora la separación físicas reciente producida por el nacimiento, a la vez que se permite introducir breves y reiterados estímulos que le van permitiendo la discriminación entre ella y su hijo. Dada su inmadurez física y afectiva, el bebé necesita esta “envoltura maternal”, como experiencia de “fusión afectiva” a distintos niveles con

su madre, mientras establece con ella un tipo de relación diferente a la intrauterina. El niño vive el sostenimiento exitoso como una “continuidad existencial”. Sus fallas se traducen en una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal.

Para Liberman, D. y otros (1993), es frecuente que estos niños sean atendidos en sus necesidades corporales básicas, pero desvinculadas de los aspectos emocionales de esas actividades. En este caso, la madre relata: **“Le dabas de comer, lo cambiabas si estaba sucio y ya con eso se quedaba tranquilo. Era re tranquilísimo, no me dio trabajo para nada.”**

En general estos niños expresan escasa resistencia a los cambios, son niños sobreadaptados. En este caso la mamá cuenta: **“Desde chiquito salíamos de viaje con él y él dormía en el moisés y ningún problema, se adapto a todo. Porque él es así, no tiene problema se adapta, ahora lo cambiamos de guardería y se adapto re bien.”**

Liberman, D. y otros (1993) postula que las personas con disposición a padecer manifestaciones corporales patológicas manifiestan una sobreadaptación a la realidad ambiental, en forma disociada de sus necesidades emocionales y corporales. (Exceso ajuste a la realidad). Los autores consideran que la sobreadaptación y la enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología. La sobreadaptación formal a las exigencias, sin cuestionamiento, unida al hecho de que estos pacientes constantemente estimulan a que los demás descarguen responsabilidades sobre ellos, es el primer vector en el que cae el nódulo de la patología. El segundo vector, la enfermedad en el cuerpo, es la protesta somática que denuncia la postergación a la que se ve sometido el self corporal y emocional.

La somatización en sí no es una desgracia o un fracaso, sino un aviso: hay que revisar toda la organización de vida basada en una adaptación psicótica a la realidad, que tiene la apariencia de ser la más cuerda y exitosa y que se presta a ser racionalizada por pacientes y analistas. Liberman, D. y otros (1993), afirma que es una suerte que un adulta, y más aun un niño haga un síntoma, porque es

el anuncio de que “así no puede seguir más” y que el programa de vida al que se sometió hasta ese momento está forzándolo más allá de sus posibilidades.

El paciente sobreadaptado que somatiza, es el hijo que aliado al modelo ambicioso de los padres, pasa a conformarse a sí mismo como el hijo ideal, a costa del cercenamiento de líneas genuinas de evolución.

Otra característica es con respecto a la metodología empleada por las madres para el logro del control de esfínteres. Con respecto a esto, la madre comenta: **“Cuando dejo los pañales costó, lo dejo a los dos años y medio y me acuerdo que le costaba avisar, hasta que un día nos metimos a la ducha y empezamos a jugar con el agua y ahí empezó a avisar, estuvimos más de 6 horas ahí metidos en la ducha, para que hiciera pis y devuelta me avisara cuando volvía a tener ganas. Yo quería que él aprendiera porque era el verano y después iba a ser más difícil.”**

En el mismo sentido de inhibiciones y restricciones, esta mamá tiende a evitar conductas psicomotrices de desplazamiento y exploración que provoquen desorden o falta de higiene. En este caso Daniela refiere: **“Él nunca fue de tocar los adornos, él no es de tocar nada, ni los enchufes, es que nosotros ya de chiquito le hemos enseñado a no tocar.”**

Liberman, D. y otros (1993), postula que estos niños han sido bebés conectados y tranquilos, que se ajustaron desde el primer mes de vida a horarios estrictos de alimentación, vigilia y sueño. Daniela recuerda: **“Tiago ha sido siempre un nene re tranquilo. Era un nene que vos en el día hacías tus cosas sin problema porque él dormía, no tuve la oportunidad de ponerme nerviosa porque é nunca lloraba.”**

Liberman, D. y otros (1993) exponen que en estos niños se observan restricciones en la exploración manual de los alimentos sólidos. Frente a esto la mamá dice: **“Desde chiquitito cuando comía nunca se ensuciaba las manos siempre con la cucharita y terminaba impecable. Mi suegra me decía lo bien que hace que meta la mano en la papilla y que se ensucie y yo le decía no, si come que aprenda a comer bien. Pero siempre fue de usar bien los**

cubiertos, nosotros le enseñamos y no era de ensuciarse. Es más la señora de la guardería me dice que apenas toca la pintura se quiere lavar, toca algo y ya se siente las manos como sucias”

Estos niños suelen sufrir privaciones en la satisfacción de necesidades derivadas de la sensibilidad kinestésica, por déficit de experiencias de balanceo, sostén y movimiento rítmico en brazos del agente materno de la sensibilidad táctil de superficie, por déficit de experiencias de contacto de piel a piel y de exploración del cuerpo materno a través de la mano; de sensibilidad táctil profunda, por déficit de experiencias de ser sostenido y estrechado; de sensación de contacto y presión con la boca y experiencias táctiles y musculares relacionadas con la actividad oral, por privación de experiencias de chupeteo, tironeo y juego de succión previo y posterior al amamantamiento. **En relación a esto la mamá recuerda: “es un nene super tranquilo, no es un bebé de estar mucho tiempo en brazos y de llorar, lo dejaba en el moisés y estaba re tranqui. Le dabas de comer, lo cambiabas si estaba sucio y ya con eso se quedaba tranquilo. Era re tranquilísimo, no me dio trabajo para nada...La teta sólo se la di hasta los 6 meses porque me mordió y ahí nunca más le di.”**

Daniela comenta: **“Tiago es de esos niños que nunca salió de al lado de mamá, solo una vez se quedo a dormir en lo de la abuela que vivía enfrente pero era como un vacío que había en la casa. Yo llore toda la noche, porque me sentía sola, aunque estaba mi marido, pero sí, siempre fue de estar con mamá.”** A partir de esto y otras observaciones, inferimos que existe ciertas fallas en el proceso de separación-individuación. La madre falla en dos maneras opuestas, dificultando la autoafirmación del niño por necesidades narcisistas propias de la madre. Por otro lado al percatar el sometimiento de Tiago a las exigencias de su madre para aprender a caminar, a comer como una persona mayor desde muy pequeño, a controlar esfínteres, a hablar con perfección y el destete precoz y traumático, se observa que la madre apura la separación y

estimula los intentos de independencia pero con brusquedad, sin reconocer que la necesidad de apoyo del niño sigue persistiendo. Ambas conductas no empáticas refuerzan los sentimientos ambivalentes del niño.

Con respecto a la enfermedad de Tiago, la madre comenta: **“Nosotros pensamos que Tiago desencadenó la diabetes por el tema de que el papá como, el año pasado, durante un tiempo estuvo sin trabajo, pasaba mucho tiempo acá en casa, con nosotros. Pero en diciembre consiguió un trabajo y se tuvo que ir y Tiago se puso muy mal, porque lo extraña mucho. Además justo no estaban los nonos y en ese momento no había nadie. Y ahora mismo que ya sabemos lo de la diabetes, si el papá se va, se le sube muchísimo la glucosa, y por dos días anda con la glucosa alta.”** Al indagar sobre cómo se siente ella cuando su marido se va, la madre afirma: **“Y es feo porque una se siente sola y aparte se te pasan miles de cosas por la cabeza, de que entre alguien y estar sola o que le hagan algo al nene y cuando él no está yo no duermo, porque digo no, voy a estar durmiendo y no voy a sentir nada. En este sentido me he sentido sola...”** En función de esto, inferimos que Tiago a través de su cuerpo, con su diabetes, y con los aumentos en los niveles de la glucosa, no solo manifiesta sus propias angustias sino también las de su madre. En la entrevista de devolución se le explica a los padres esto, de la siguiente manera: **“Con respecto a la relación que hacen ustedes sobre la enfermedad de Tiago y los viajes del papá, me parece que ahí hay algo más. Cuando se va el padre y le suben los niveles no solo está manifestando su angustia sino también la angustia de su mamá. Porque Tiago, cuando no está su papá, se queda con alguien que lo sostiene y lo protege, te tiene a vos, (haciendo referencia a la madre) pero ¿a vos quién te sostiene y te protege?”**

Ante esta intervención, a la mamá se le llenan los ojos de lágrima, y asiente con la cabeza, y el papá, asienta diciendo “por supuesto, eso es así”.

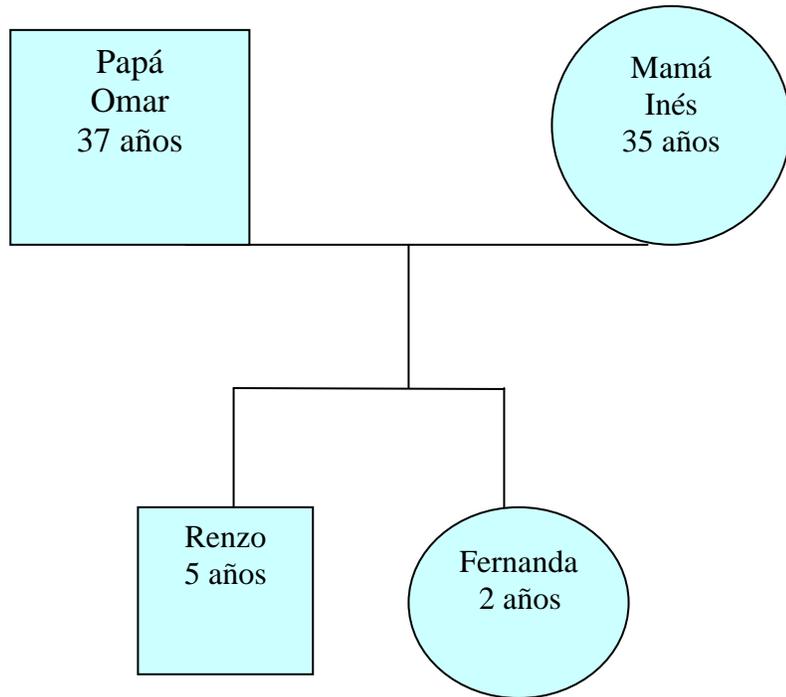
De las entrevistas se infiere que Daniela es una mujer suave y cariñosa en su contacto con el hijo aunque muy exigente con su rendimiento. Se percibe un bajo

nivel de comprensión de las necesidades afectivas y expresivas y poca tolerancia a la agresión y a las conductas expansivas de aquél.

CASO CLÍNICO N°3

CASO: FERNANDA

FAMILIOGRAMA



DATOS RELEVANTES DEL CASO

- Inés es maestra jardinera, tiene dos hijos, Renzo y Fernanda.
- Inés junto con su marido, planearon su segundo embarazo, en función del trabajo de Inés (para las vacaciones).
- Durante el primer mes de embarazo, fallece el padre de Inés.
- Inés expresa que no disfrutó de su segundo embarazo, sintió mucho rechazo hacia su bebé, se sentía muy cansada y deseos de “sacársela”.
- Inés expresa que es muy exigente con su trabajo y le cuesta mucho la relación con su hija Fernanda por lo demandante que es con ella.
- Fernanda al año y medio, al brotarse su piel, se le diagnosticó dermatitis atópica.
- Luego de intentar con diferentes tratamientos, Inés se toma licencia por tres meses y cesan los síntomas de Fernanda durante este tiempo. El día que Inés vuelve al trabajo, a Fernanda se le brota toda su piel.
- Con respecto a la enfermedad que manifiesta Fernanda se conoce que:
La dermatitis atópica es un trastorno inflamatorio de la piel, pruriginoso, crónico, caracterizado por exacerbaciones y remisiones de lesiones que tienen una morfología y distribución característica. Su inicio es temprano, generalmente comienza en la lactancia y tiende a desaparecer en la edad escolar, en algunos casos evoluciona con recurrencias por periodos de meses hasta llegar a la vida adulta. Es una enfermedad genéticamente determinada, de etiología multifactorial, donde intervienen factores inmunológicos, ambientales y psicológicos.

En niños atópicos, que constituyen la mayor parte de la población afectada, se ha estudiado el papel de la familia y del vínculo madre-hijo y su relación con el empeoramiento de los síntomas. El infante obtiene la habilidad de manipular el

ambiente mediante el rascado, se ha descrito que cierto tipo de disfunción en las interacciones familiares refuerza esta conducta.

Estudios de orientación psicoanalítica hacen énfasis en las características psicológicas de la madre. La hipótesis psicodinámica plantea que las conductas maternas generadas por sentimientos de hostilidad reprimidos y dirigidos al niño, se expresan como rechazo más o menos manifiesto o con actitudes de sobreprotección ocasionando interacciones distorsionadas en la relación madre-hijo.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS: MAMÁ INÉS

En el material obtenido se observa que la madre, Inés presenta sentimientos de hostilidad reprimidos, dirigidos a su hija, que se expresan como un rechazo manifiesto y en ocasiones con actitudes de sobreprotección ocasionando interacciones distorsionadas en la relación madre-hija. En relación a esto la mamá nos cuenta: **“Fue un embarazo horrible, me empecé a sentir mal, cansada, después empezó a avanzar el embarazo y en vez de sentirme mejor me sentí peor, porque no sabes lo que era ésta adentro de la panza, bueno igual que es afuera, insoportable, pero es así, todo el tiempo me pateaba, no tenía cinco minutos de tranquilidad, entonces yo sentía un rechazo hacia ella, pobrecita, por más que ella no tuviese nada que ver.”...“Cuando nació me dio una culpa terrible”...“ Cuando yo estaba embarazada soñaba que me la sacaba yo, era una cosa que ya no la soportaba más”...“ Yo me siento como muy encima, y yo trato de decir no, para, y me cuesta hasta hoy, me cuesta dejarla”.**

Según Eduardo Huarte (citado en Gómez, 1997), Desde la gestación el bebé es un ser humano cuyas células tienen memoria. Todo lo que la madre vive, su hijo

lo vive con ella. El bebé registra en sus células que se están formando, todos los pensamientos, sentimientos y los ideales que están presentes en la mente de la madre. Un bebé no deseado sabe que es rechazado. En este caso, la madre manifiesta que Fernanda es una niña muy dependiente y demandante de su mamá, pero Inés afirma que ella intenta no responder a esta demanda constante porque no lo considera saludable y espera que su hija sea más independiente. Inés nos dice: **“Ella es muy demandante y dependiente de mí, si ella quiere upa es conmigo, con otro no. Esta pegada, muy encima, y eso a mí no me gusta, porque yo sé que eso no es bueno, no es lo aconsejable”. ...”**Como yo no quiero una persona así, tan dependiente, yo me iba y me encerraba en la pieza y bueno el primer tiempo era llorar, llorar, llorar y ya después se le va pasando se va acostumbrando.” Ante esto, inferimos que Fernanda aún está reclamando el sostén y la contención materna que no ha recibido.

Para esta mamá es razonable que el bebé llore porque necesita leche, no es razonable que llore porque necesita mamá, brazos o contacto. Estos son motivos poco afectivos. Satisfacerlos sería favorecer un mal desarrollo del hijo y, “encaminarlo” hacia un tipo de personalidad dependiente y abusadora, sería “malcriarlo”. De este modo todo llanto que no pueda ser ligado con hambre, sueño o dolor físico, se transforma para la madre en un “llanto sin motivo”. Se trata de una madre que priva de significado a las expresiones emocionales de su hija.

Fernanda ha vivenciado cierta insatisfacción de las necesidades de contacto físico y emocional, por lo tanto inferimos que reclama contención y caricias a través de su demanda constante y de su enfermedad (su piel se “brota” reclamando caricias).

Se observan ciertas fallas en el proceso de “holding”, que implica tener, contener y sostener al bebé y de la función de reverie materno, que es la capacidad de la madre para contener las angustias y los estados altamente desestructurantes del niño. En este caso, la madre relata: **“En la noche se despierta y llora, llora, llora y no puedes hacer nada. Ya le habíamos puesto las cremas con**

corticoide, que era lo que yo no quería, le habíamos puesto de todo y nada, es más mi marido me decía que yo a la noche la agarraba y le gritaba ¡“ya está, pero cállate”!...” Este otoño fue cuando le dio más fuerte, primero en el verano le dio un poco y después más fuerte, como nunca, le dio re fuerte, pobrecita que a mí ya me daban ganas de revolearla por la ventana”.

Inés afirma: **“cuando le empecé a sacar la teta, porque le salieron los dientes y yo dije ¡no ya esta!, yo seguía teniendo leche, pero me parecía lo más sano cortar, me costó muchísimo que agarrara la mamadera, no se la tenía que dar yo, se la tenía que dar mi marido, o la chica que la cuidaba. La escupía, vomitaba, no la quería y probé con veinte millones de leche y no, no era la leche, era la mamadera. Pero hasta que un día, parece que ya tenía mucho hambre y la tubo que agarrar”...”Como yo no quiero una persona así, tan dependiente, yo me iba me encerraba en la pieza y bueno el primer tiempo era llorar, llorar, llorar y ya después se le fue pasando se fue acostumbrando.”** Se observa cierta desconexión afectiva, que impide a la madre recibir y procesar el mensaje de su hija, cierta dificultad para interpretar sus demandas y comprender los reclamos de su bebé.

Liberman, D. y otros (1993) postula que una de las características de estos casos, es el precoz logro del control de esfínteres, lo que se confirma en el caso de Fernanda, su mamá comenta: **“Se acostumbro desde muy chiquita a hacer caca en el baño, avisa por una cosa de costumbre, avisa y la llevas...Es que como era tan estreñida, yo la llevaba y la sentaba, porque decía, pobre encima que no puede hacer con el pañal es re incómodo, entonces ya a los seis meses ella ya hacía caca en el baño y de ahí se acostumbró, y ella se va sola al baño y te llama.”** Se infiere una mamá ansiosa por anticipar el desarrollo de su hija sin considerar los estados emocionales y el desarrollo neurológico que acompañan este proceso, anulando así la experiencia emocional compartida.

En general estos niños presentan ausencia de ansiedad ante las experiencias de separación. Esta situación se observa en el caso de Fernanda, la mamá cuenta que por razones laborales, la niña quedaba bajo el cuidado de una empleada y que eran inexistentes reacciones, de cualquier naturaleza, ante esta situación. Así, la mamá nos dice:” **Cuando me voy a trabajar se queda con la chica que la cuida...siempre se quedo re bien, ningún problema, una sola vez, ya de más grande se puso a llorar pero no sé que le habrá pasado esa vez, pero después nunca más, se queda sin problema.**”

Otra característica es la exigencias al niño de control emocional y muscular. Frente a esto observamos que Inés adopta esta modalidad de crianza, que se refleja al resaltar los logros de su hijo mayor en cuanto a la independencia, al precoz aprendizaje para hablar, caminar, comer solo, etc. y el menosprecio ante las dificultades de Fernanda por alcanzar estos logros.

Con respecto a la enfermedad de Fernanda la madre comenta: “**Al año y dos meses empezó a brotarse y ahí empezamos a andar por todos lados, no se le iba con nada, probamos de todo.... Durante estos últimos tres meses yo me tome licencia, y a la vez empezamos un nuevo tratamiento con una gastroenteróloga que le dio una leche especial, y durante esos tres meses estuvo perfecto, no le puse ningún remedio porque estaba re bien. El lunes volví a trabajar y ese mismo día a la noche se brotó entera, más que nunca... Y la leche, la misma**”. Ante esto inferimos que, Fernanda a través de su enfermedad manifiesta su necesidad de amor y contacto emocional con su madre. Necesita atención, la pide y la obtiene a través de su enfermedad. Fernanda, necesita ser atendida en su totalidad, y se llena de ronchas en su piel porque no tiene madre con que llenarse. En relación a esto, Inés afirma: “**Lo que pasa es que yo soy muy obsesiva con mi laburo, yo si laburo, laburo. Es que yo soy muy estricta con migo misma. Y por ahí estoy con ellos, pero mi cabeza está en otra cosa, en lo que tengo que hacer para mi trabajo, y yo creo que ella lo siente.... Cuando me tome licencia baje un cambio, y ella estuvo mejor**”.

Cuando el niño nace, nace en un estado de inmadurez e indefensión, existe una dependencia absoluta y necesaria que debe ser correspondida para que el niño pueda sobrevivir. La experiencia de la dependencia que ha sido satisfecha es lo que confiere al bebé la capacidad de comenzar a responder a las demandas que tarde o temprano la madre y el ambiente le plantearán. Lo que hace que estas cosas sean en general posibles es que la dependencia, absoluta en un primer momento pero que evoluciona gradualmente hacia la independencia, sea aceptada y correspondida por personas que se adaptan a las necesidades del individuo en crecimiento. En este caso, observamos que Inés, no acepta esta dependencia, que manifiesta su hija a través de su demanda permanente. La madre adopta diferentes actitudes que nos reflejan el rechazo ante la dependencia absoluta de Fernanda, como son: Dejarla al cuidado de otra persona desde muy pequeña (4 meses), por largas horas. Que la niña desde los 6 meses duerma en una cama, en una habitación sola. El destete traumático. Además de expresarnos que a ella no le gusta y no quiere que su hija de 2 años recién cumplidos sea tan dependiente y apegada a ella.

A lo largo de las entrevistas, se observa que Inés manifiesta cierta ambivalencia en el vínculo con su hija. Afirma que no le gusta que su hija sea tan dependiente y demandante de ella y comenta diferentes modalidades que adopta para que Fernanda sea más independiente; pero al mismo tiempo confirma que le cuesta dejarla, si sale sin ella, se siente muy preocupada. Sin embargo cuando elige quedarse con ella, se siente frustrada, ahogada y atada a su hija. A partir de esto y otras observaciones, inferimos que existen ciertas fallas en el proceso de separación-individuación. La madre falla en dos maneras opuestas, dificultando la autoafirmación del niño por necesidades narcisistas propias de la madre. Por otro lado, se observa que la madre apura la separación y estimula los intentos de independencia pero con brusquedad, sin reconocer que la necesidad de apoyo del niño sigue persistiendo. Ambas conductas no empáticas refuerzan los sentimientos ambivalentes del niño.

De las entrevistas se percibe a Inés como una persona invasora, ansiosa, inquieta en grado extremo. Tiene un modo de hablar llamativo: las palabras salen a borbotones, con gran rapidez, dando muestra de una ansiedad sin control. Aun en un contacto algo superficial, se percibe claramente una actitud básica de rechazo e impaciencia con su hija.

**CAPÍTULO X:
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS**

De las entrevistas realizadas a las tres madres, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se observa que las madres, presentan dificultad para desarrollar la capacidad de empatía, para lograr la disponibilidad maternal, y para ofrecer sostén físico y psicológico a sus hijos. Se infieren fallas en la capacidad de adaptarse a las necesidades de sus hijos.

Son madres, que fallan en la capacidad de reverie materno, en la capacidad para contener las angustias y los estados altamente desestructurantes del niño.

A decir de Liberman, D. y otros (1993), son madres que responden de un modo especular al desborde emocional del bebé: la angustia del mismo es origen del desarrollo de su propia angustia. Los llantos del niño no logran ser decodificados, provocan en ella estados de desorganización y angustia impotente, que necesitan frenar con urgencia, forzando al bebé a que detenga el llanto perturbador. Para ello apelan a acciones prácticas sobre el cuerpo infantil. Toda manifestación de ansiedad es vivida como una herida narcisista, como un fracaso personal en su rol, que la desestima y desorganiza.

Se observa, en los tres casos, cierta incapacidad materna para desarrollar funciones intuitivas y empáticas, dirigidas receptivamente al bebé, para explorarlo en lo emocional y representarlo internamente como un individuo particular. En lugar de un espacio disponible para el hijo real, observamos en estas mamás una relación previa con un objeto interno idealizado, rígidamente instalado. Este objeto interno es un hijo ideal, sin necesidades ni emociones desorganizativas, equivalente al propio ideal del yo materno. El modelo interno narcisista entra precozmente en contradicción con el bebé real que, como tal está expuesto a desorganizarse por ansiedad. Esta oposición no da lugar a una reacomodación materna sino al reforzamiento del vínculo narcisista. Se priva de significado emocional a las descargas motoras (llanto) del bebé real y desarrollan acciones

sobre su musculatura, tendientes a “modelarlo” a semejanza del objeto interno ideal.

Las funciones receptoras- introyectivas de la madre continente, fundamento de la simbiosis, ceden paso a identificaciones proyectivas sobre el bebé. Se establece a partir de aquí, una patología desde la madre, de reversión de la simbiosis, en tanto el bebé pasa a ser el continente ilusorio y precario del ideal del yo materno.

El análisis de los casos clínicos nos permite afirmar al igual que Recamier, (1984, citado en Fiszlelew, R y Oiberman, A. 1995), que el amor maternal no es, de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin conflictos, tal como casi siempre aparece representado en el imaginario colectivo. Por el contrario es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el investimento y el reconocimiento del otro y la confusión con él.

Considero como Liberman, D. y otros (1993) que, estas madres suelen sobrecargar a sus hijos con sus propias proyecciones. Se caracterizan por la falta de empatía para captar las necesidades psicológicas y emocionales del niño, para captar sus limitaciones y posibilidades. Presentan dificultades en los procesos de fusión-separación-individuación.

En dos de los casos clínicos se observa que, por distintas razones los padres no están presentes o no lo suficiente. Teniendo en cuenta la importancia del papel que tiene el padre en cuanto a su función de sostener emocionalmente a la madre para que ésta pueda llevar a cabo el proceso de “holding”, observamos que en este caso esa función del padre se ve obstaculizada, dificultando un conveniente establecimiento de la función materna.

En uno de los casos clínicos, el tratamiento psicológico realizado por la madre, promovió cambios positivos en el vínculo y al cabo de un año de tratamiento, los síntomas orgánicos del hijo empezaron a ceder. Lo que nos permite pensar que

los conflictos emocionales de las madres pueden estar influyendo en la enfermedad de sus hijos.

Se observó en los tres casos clínicos que los niños reflejan a través de sus conductas, comportamientos y en ocasiones, a través de sus enfermedades los estados emocionales de sus madres. Esto nos hace pensar que, en estos casos, tanto el hijo como la madre siguen fusionados a nivel emocional. Estos niños siguen absolutamente conectados con sus mamás. De este modo todo lo que las madres sienten, lo que recuerdan, lo que la preocupan, lo que rechazan, estos niños lo viven como propio. Porque en este sentido son dos seres en uno.

CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de esta tesina se ha intentado “dar respuesta” a los interrogantes planteados en la introducción, presentando una visión que permanece abierta y permeable a nuevas observaciones y descubrimientos.

Al iniciar mi trabajo las preguntas que me planteé fueron:

a) ¿Cuáles son las funciones maternas y/o paternas de los primeros años que podríamos considerar estructurantes del psiquismo?

En los rastreos y la investigación previa se observa acuerdo de los diversos autores acerca de la relevancia de los primeros cuidados del niño en lo concerniente al desarrollo físico y emocional posterior, que permitirá el despliegue de su potencial.

En el recorrido teórico se han resaltado las funciones parentales de sostén, manejo, contención, presentación de objetos sobre una base de confiabilidad, para facilitar un entorno seguro que permita el desarrollo sano de psiquismo del infante. Por lo tanto, las fallas parciales en las funciones parentales tienen carácter de factor etiológico en las sintomatologías abordadas.

b) ¿Sería posible describir algunas enfermedades persistentes en los niños pequeños articulándolas con la modalidad vincular que se establece entre madre-hijo-padre?

Ha podido observarse en los tres casos, a la luz de los aportes de Liberman, los modelos de funcionamiento materno de “madre que rebota” y madre metebombas”, encontrándose características comunes en las tres madres, como son la desconexión afectiva, ambivalencia, dificultad para metabolizar las ansiedades de sus hijos, sentimientos de rechazo, dificultad en los procesos de separación-individuación, ausencia del sostén emocional que ofrece el padre a la madre para que ésta pueda desempeñar su función.

Son madres que presentan cierta incapacidad para contener, aceptar, detectar y poner nombre a las emociones del bebé.

En relación a las enfermedades persistentes en los niños debemos destacar que durante la primera infancia, desde lo más temprano en la evolución, el niño utiliza su cuerpo para expresar diversas emociones. Spitz (1972), considera que el niño que se encuentra en la primera etapa, está en estado de somato-psique, o sea, de diferenciación insuficiente entre el soma y el psiquismo. Por lo tanto, cabe esperar, que ciertas influencias psíquicas tengan efecto de irradiación en el soma, o que una influencia psíquica llegue a hacer disminuir la resistencia del niño a todo género de enfermedades. Se observa cómo, en esta época, prevalece lo somático en las dificultades en las relaciones entre madre e hijo.

En los niños pequeños el síntoma generalmente es corporal. La angustia y los conflictos se tramitan en el cuerpo real.

c) ¿Las enfermedades persistentes en los niños pequeños podrían estar relacionada con una perturbación en las funciones maternas y/o paternas de los primeros años del infante?

Cuando las funciones enunciadas no están dadas, se puede hablar de que ha fallado el factor de la madre de devoción corriente. Winnicott (1991), sostiene que en los casos en que han existido fallas del ambiente facilitador en una etapa anterior a aquella en que el yo inmaduro y dependiente adquiere la capacidad de organizar defensas, la dependencia se hace presente. El sostén incorrecto impone al bebé una conciencia prematura para la cual no está bien equipado. La integridad personal se ve interrumpida, se siente dividido, sometido a un tormento mental. Las experiencias son excesivamente dolorosas porque tienen lugar cuando el yo no está organizado y el yo auxiliar del quehacer materno es deficiente. Son experiencias vividas como un tormento mental que se llevan toda la vida como recuerdo y amenaza. Las fallas graves en el sostén producen en el bebé una ansiedad inconcebible. El contenido de esta ansiedad es:

- Partirse en pedazos.
- Caída interminable.
- Completo aislamiento, ya que no existen medios para comunicarse.
- Separación entre psique y soma. (tendencia a la somatización)

Las fallas en el Vínculo Temprano (la díada) se presentarían como una suerte de privilegio de un sistema comunicacional a predominio corporal, considerando el cuerpo como lo primario sobre lo cual se genera por efecto de montaje todo vínculo posterior.

El aparato psíquico del niño se verá entonces disminuido en su capacidad de ligadura de los estímulos, y los excesos serán tramitados mediante tal descarga en el soma.

Las fallas que se observan con respecto a las funciones maternas y/o paternas de los primeros años de vida, en los casos clínicos con los cuales se trabajó, se refieren a la calidad en el cumplimiento de estas funciones. En los tres casos, las madres manifiestan cierta desconexión afectiva durante los cuidados diarios de sus hijos. Son niños atendidos en sus necesidades corporales básicas, pero desvinculadas de los aspectos emocionales de esas actividades.

Este trabajo de investigación, nos ha permitido afirmar que los problemas orgánicos se correlacionan generalmente con otros componentes, emocionales e interpersonales. Esto requiere, sin duda, una visión globalizadora de la situación que permita relacionar los distintos aspectos en juego.

Es importante ampliar el campo de observación desde el niño que padece una enfermedad persistente a la modalidad vincular que se establece entre madre-hijo-padre, teniendo en cuenta que el mundo emocional de los padres puede estar influyendo en la enfermedad de sus hijos.

En vista de estas observaciones, una respuesta exclusivamente médica a la compleja realidad del niño que presenta enfermedades persistentes, puede resultar insuficiente en muchos casos. Por lo tanto, a través de los resultados obtenidos en este trabajo apuntamos a que se valore y conciba al niño como una unidad psicofísica inseparablemente ligada a las más amplias totalidades de las cuales es partícipe (comenzando por el vínculo con sus padres).

El trabajo de investigación realizado, nos permite afirmar la importancia de indagar el funcionamiento materno y el vínculo madre-hijo-padre, cuando nos encontramos frente a un niño que presenta una enfermedad persistente. Y de recomendar que los padres revisen, a través de un trabajo terapéutico sus problemáticas emocionales para lograr un vínculo más saludable con sus hijos.

En efecto, un abordaje a través de un equipo interdisciplinario integrado por especialistas que manejen, más allá del propio campo de conocimiento, una comprensión global de las situaciones, se hace fundamental.

Para concluir, quiero destacar la valiosa experiencia que significó el haber contactado con estas tres madres, que me permitieron conocer sus historias y problemáticas y el haber incursionado en estos temas que viene siendo de mi interés desde hace tiempo.

Es mi deseo, que alguna de las comunicaciones referidas en este trabajo motive el desarrollo de futuras y más exhaustivas investigaciones tendientes a comprender y a aclarar cada vez más la relación entre las temáticas abordadas, y a favorecer un abordaje adecuado del niño que presenta una enfermedad persistente.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

Bion, W. (1985). *Volviendo a pensar*. Buenos aires: Paidós

Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós. 1989

Fiszelew, R. y Oiberman, A. (1995), *Fuimos y seremos, una aproximación a la psicología de la primera infancia*. Buenos Aires: Ed. De La Universidad Nacional de La Plata.

Forsat, A. (2007). *Cuando me miras, me miro; tú eres mi piel, tú me contienes. Una articulación entre manifestaciones clínicas observables en un niño con discapacidad mental y los fenómenos de 2° piel descritos por Esther Bick*. Tesis de licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza. Argentina.

Freud, s. (1896) "*Carta 52 de Freud a Fliess*", en Obras Completas, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914) "*Introducción del narcisismo*", en Obras Completas, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

Freud, S. (1926-1925), "*Inhibición, síntoma y angustia*", en Obras Completas, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

Freud, S. (1937), "*Análisis terminable e interminable*", en Obras Completas, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

Gómez, L. (1997). *La Relación madre-hijo: el vínculo primario*. Tesis de licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Liberman, D. Grassano de Piccolo, E. Neborak de Dimant, S. Pistiner de Cortiñas, L. Roitman de Woscoboink, P. (1993). *Del Cuerpo AL Símbolo*. Tercera edición. Santiago: Ananké.

McDougall, Joyce. (1991). *Teatros del cuerpo*. Barcelona, España: Colección Continente / contenido.

Klein, M. (1952). Observando la conducta de bebés. En *Obras Completas. Tomo III Envidia y Gratitud*. Buenos aires: Paídos. 1991

Klein, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Obras Completas. Tomo III Envidia y Gratitud*. Buenos Aires: Paidós, 1991.

Laplanche, J (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Moles, P. (1995). El vínculo madre-hijo y las enfermedades psicosomáticas. Documento de cátedra, Neuropsicología y Psicosomática, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza. Argentina.

Oiberman, A. (2005). *Nacer y después...Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE. Juan Carlos Esquivel.

Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Segunda edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar

Winnicott, D. (1970). Sobre las bases del Self en el cuerpo. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos aires: Hormé.

Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1991). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS ENTREVISTAS

ENTREVISTAS MAMÁ LILIANA

Los encuentros van a consistir en entrevistas abiertas en donde a lo que se apunta es a una conversación abierta, fluida, en donde sean las madres con sus experiencias, sus recuerdos, sus sentimientos los que guíen el encuentro.

Fundamentalmente, lo importante es que pueda contactarse con lo que siente y han sentido en su relación con su hijo y que responda desde ahí.

El ser madre es una experiencia única, pero como se suele decir el niño no nace con un manual bajo el brazo y muchas veces, las madres sienten confusión, ambivalencia, dudas y miedos que son totalmente aceptables y por decirlo de algún modo, normales.

Por eso es importante aclarar que yo no voy a juzgar o evaluar el vínculo entre la mamá y el bebé sino al contrario, es un espacio en donde su experiencia y vivencias puedan ser puestas en palabras, comprendidas y escuchadas por ambas, a mí para mi tesis y a ustedes para su vida.

¿Te acordás cómo era tu vida antes del nacimiento de Mauricio?

Si, por supuesto, lo que pasa es que yo busque mucho a Mauri, primero estuve casada, lo busque, pero no pude, después me separé y luego con el padre de Mauri me quede embarazada. Fue algo muy bello a la vez que un poco confuso porque no había una pareja establecida, pero como yo lo había buscado tanto fue para mí un momento muy feliz, desde el momento en que lo confirme, estaba fascinada, pero también tenía miedo, miedo a enfrentarlo sola, el padre de Mauri no estaba ahí. Yo quede embarazada a los 35 años y lo tome como si no pudiera tener otro embarazo en mi vida, lo viví muy profundamente, sintiendo realmente dentro mío a Mauricio. También viví momentos difíciles, el padre que iba que venía, no sabía si estaba o no estaba, de repente yo estaba con 6 meses de embarazo y él me dice que no sabía si le iba a poner el apellido, porque tenía

problemas con su exmujer porque le dijo que si lo hacía no le dejaba ver más a sus hijos, entonces fue cuando yo le dije, deja yo le pongo el mío y después veremos. Ese fue un quiebre bastante grande pero bueno, a la vez fue una fortaleza, le pongo mi apellido, me hago cargo.

Y cuando nació Mauricio no la pase bien, yo venía con un embarazo muy sola, muy desamparada, el médico no sabía mi situación, no se había tomado el tiempo para preguntarme cómo estaba, no porqué iba sola a los controles. La pase bastante mal, no dilataba, la estaba pasando bastante mal, entonces le pedí que me hiciera cesárea, peleas con el médico, porque él no quería hasta que me dijo que si, así es que por todo esto no tengo los mejores recuerdos del parto.

¿Quién estaba con vos en ese momento?

Estaba mi mamá, y el padre.

¿Por quién te sentías sostenida?

Por mi mamá (mueve la cabeza, como indicando que más o menos), es que mi mamá es una persona que dice “hay que feo que es ver sufrir a un hijo”, así que en ese momento yo tenía que hacer de sostén de ella. Y el padre que estaba pero no estaba. Yo tuve que decirle al médico que me hiciera cesárea, la verdad que fue un momento muy feo.

Yo creo, que mi verdadero vínculo con Mauricio, empezó cuando salimos del hospital. En esos primeros días.

¿Cómo fue ese comienzo?

Con sustos. Me fui a lo de mi mamá, porque yo vivía con ella, mi mamá es viuda. Así que mi mamá me ayudo mucho a criar a Mauri, hasta el día de hoy. Pero eso de levantarse de noche 2 veces por lo menos y no tener a nadie que, con una cesárea, por lo menos que me apuntalara en el cuerpo, me sentí muy sola, y después que Mauricio se enfermaba tanto, y yo lo tomaba como lo peor que me podía pasar en la vida que Mauricio se enfermara, así que una pediatra que hice

una consulta y le pregunte por qué se enferma tanto y ella me dijo los niños hasta los 3 años tienen derecho a enfermarse hasta 8 veces por año y me pregunto cuántas veces se enfermo este año, y no era tanto, 3 veces. Eso me tranquilizo mucho.

¿Te acuerdas cómo te sentiste esos primeros días con tu bebé, después del parto?

Cuando él lloraba, sentía mucha angustia, una angustia total, es más debido a todo esto que te cuento, entre en una depresión, tanto que no podía comer, no quería, al mes pesaba menos que antes del embarazo. Sentía mucha angustia.

¿Pudiste darle el pecho a Mauricio?

Solo 3 meses, no tenía mucha leche, Mauricio no se prendía y no tenía mucho para darle, ósea no pude. Pero cuando pude sentí mucha felicidad, todo lo relacionado a Mauricio me ha dado mucha felicidad, yo creo que mis angustias pasaban más por otro lado, el hecho de que yo tenía una imagen de mamá, papá e hijo, y el papá no estaba, no estaba para nada, si se enfermaba de noche no podía contar con él porque no estaba. Solo venía como visita de médico y cuando venía generalmente no estaba de acuerdo con nada de lo que yo hacía con Mauri entonces era todo un tema porque yo me guiaba por lo que me decían los médicos, entonces los conflictos con él me ponían mal y el miedo a no poder enfrentarlo sola.

¿Por qué le costaba a Mauricio prenderse al pecho?

Yo no tenía casi leche, y Mauricio era bastante eh!. Quería ya! Y le complementaba con leche.

Muchas veces cuando llegaba a mi casa y lo había dejado con mi mamá, estaba mal, se veía con migo y se calmaba, yo lo alzaba y se acabó

¿Trabajaste durante el embarazo?

Hasta el último día, porque se me adelanto 15 días. Ni siquiera rompí bolsa, Mauricio me corrió el tapón mucoso y yo perdí liquido, después el cordón volvió a su lugar pero yo había perdido mucho liquido, entonces me tuvieron que poner goteo para inducirlo al parto, porque le podía hacer mal al bebé, pero como Mauricio era demasiado largo y se movía muchísimo, entonces parece que con el pie había corrido el tapón mucoso y después volvió a su lugar, sufrí bastante, el parto fue una situación traumática para mí, a pesar de que yo tenía una obsesión con él, de desearlo tanto. A parte Mauricio fue Mauricio de toda mi vida, el nombre y un varón y mi hijo, lo desee de toda mi vida, no me acuerdo cuando fue pero debe haber sido como a los 9 o 10 años que yo leí un libro y yo dije yo quiero un Mauricio, para mí era Mauricio, así que cuando me dijeron que era varón en la ecografía yo dije este se llama Mauricio.

¿De esta depresión que nombraste, de qué te acuerdas, cómo fue, cómo saliste?

Fue en el primer mes, tuve que ir a una psiquiatra y a los 3 meses de vida de Mauricio yo ya no tenía leche y me dijo te tengo que medicar porque no se cómo sacarte, fue todo una mezcla entre una depresión posparto mezclado con toda mi situación. Yo tengo una familia muy tradicional y lo mío estaba muy mal visto, si bien yo estaba feliz, eso pesaba mucho entonces como que estaba todo el tiempo mal y mi mamá que me decía cómo te paso esto. Pero aunque no es el modo en que me hubiese gustado, yo lo desee tanto y lo busque tanto que para mí no importaba, cuando me entere que estaba embarazada estaba fascinada. Sobre todo yo viviendo con mi mamá era difícil romper con toda esa tradición familiar.

¿Pudieron entrar en un mismo ritmo o sintonía con tu bebé?

Costó bastante, me costó mucho el tema, que para mí fue lo que desencadeno en Mauricio el problema del asma, me costaba mucho el hecho de hacer las

cosas como las sentía, lo hacía como debía, desde la cabeza y no desde mi intuición o mis sentimientos, no sabía ponerle límites o se los ponía mal, era como una carga hasta que Mauricio se me empezó a enfermar mucho, se le empezó a cerrar el pecho muy seguido y la pediatra me dijo que conociendo mi historia, ya a los 2 años el padre había desaparecido de nuestras vidas, me dice que lo lleve a una psicóloga porque para ella estaba somatizando, yo dije a una psicóloga si tiene dos años y medio, y me contacte con una psicóloga de niños y en 4 sesiones me lo diagnosticó, yo me quería morir cuando me dijo todo lo que le pasaba a Mauricio. Y sí, el nene tenía una sobreadaptación y era real esto, que yo desde el afecto no sabía cómo llegar a él era más cabeza, aparte de que yo lo amaba con toda mi alma, pero no sabía cómo hacerlo y de ahí en más fue cambiando y yo creo que desde ahí comenzó una relación más fluida con él, a moverme por lo que sentía y no por lo que tenía que ser y a moverme por mis instintos también. Ahora hasta cuando Mauricio está enfermo puedo interpretar cuando es grave y cuando es pasajero, hasta ese punto. Yo ahora lo veo a Mauricio y me doy cuenta que es lo que le pasa y él es algo increíble como refleja lo que yo voy viviendo o lo que me pasa, a veces yo estoy confundida y lo miro y me doy cuenta. A veces hay cosas que él dice que yo me doy cuenta que yo no me animo a decirlas y él sí. Ahora sí pero el primer tiempo fue para mí muy difícil. Me guiaba por lo que tenía que hacer y no por lo que sentía

¿Cuándo tuviste que volver a trabajar con quién lo dejaste a Mauri?

Con mi mamá, casi me muero pero había que hacerlo.

¿Con respecto a la relación con tu mamá notaste algún cambio después del nacimiento de Mauri?

Sí, porque hasta ese momento éramos como madre e hija, nosotras solas y yo no me cuestionaba mucho, pero después que Mauricio empezó a crecer mi mamá en muchas cosas me desautorizaba y me anulaba y eso me sacó un montón de cosas mías con respecto a mi mamá es decir “siempre hizo esto” y ahora lo veía

más palpable. Coincidió con cuando Mauri empezó a enfermarse tanto. Lo que mas pauta nos dio que somatizaba fue una vez que volvíamos de habernos ido de vacaciones a Miramar los dos solos con Mauri y cuando volvemos después de 10 días cuando volver a trabajar el próximo lunes el domingo anterior, Mauri hace una crisis terrible pero terrible de estar sano a no poder respirar, llame a la pediatra y ella me dijo tenés que ir a una psicóloga, el nene no quiere que vos te vayas, quiere estar con vos, no se quiere separar, después de estar de vacaciones con vos sola, ese viaje fue muy agradable porque andábamos los dos solos, él y yo no había nadie más, y sí Mauri no sabía quién era la madre o si yo era la hermana, si yo era una visita o qué y eso también él se aprovechaba como todo niño, si yo lo retaba me acusaba con mi mamá y mi mamá me retaba a mí entonces yo me peleaba con ella, era un caos, muy mal. En esa misma época empezó a ir a la psicóloga y yo sentía que no podía dejar de vivir con mi mamá, en realidad mi mamá alquila, yo no sé si era que yo vivía con ella o ella vivía con migo, entonces yo le decía a mi psicóloga no puedo pero ella me decía si podes y esa separación fue otro problema más porque mi mamá me decía “claro ahora que el nene es más grande ya no me necesitas más, por eso te lo vas a llevar y yo le decía que no me lo iba a llevar, le decía que todos los días íbamos a ir pero que necesitaba mi lugar y fue pelea peleas y peleas durante meses. Yo sentía que no la podía dejar sola, que tenía responsabilidad, en realidad pasaba también por lo económico, pero de repente pude, y me mude, vivimos relativamente cerca y Mauri se queda todos los días después de la escuela con ella, y los fines de semana vamos a verla pero es una relación mucho más sana que antes, ahora lo malcría como abuela, y yo pongo los límites ero desde otro lado, antes lo hacía para que mi mamá no se metiera. En cambio ahora me manejo de otra manera, con mayor libertad para criarlo, por ahí me saca, le ego 4 gritos pero después voy y le digo mira Mauri estoy cansada, en eso hablamos mucho con él, si yo lo reto y después me doy cuenta que fue injusto, exagerado o producto de mi cansancio, se lo digo, y bueno y él también tienen muchos berrinches propio de la edad.

Muchas veces a las madre les cuesta volver a encontrar sus propios proyectos y objetivos de vida ¿cómo es en tu caso?

Es así antes yo estaba estudiando pero como la carrera iba a cerrarse tuve que si o si ponerme a estudiar para recibirme, me recibí tarde pero si, pero, lo más difícil para mi es el sentimiento de culpa, tengo ganas de hacer tal cosa pero siento cómo lo voy a dejar, eso es difícil. Me cuesta priorizar mis objetivos y sacarle tiempo a él, y sí a veces lo manejo pero a veces no, igual a veces elijo estar con él pero no por culpa, pero me ha costado mucho el tema de la culpa. Pero el deseo de tener mis propios proyectos está y creo que es más sano, el hecho de que desde el año pasado doy clases me implica llegar a mi casa, dos días a la semana, muy tarde, y no verlo a Mauri, y llegar cansada pero me he sentido bien haciéndolo y es más también se ha notado en Mauri que para él también ha sido bueno, y los tiempos que pasamos juntos los disfrutamos más.

¿Cómo es el sueño de Mauri?

Mauri dormía conmigo, en una camita al lado y la mayoría de las noches se pasaba conmigo, ahora tiene su propia pieza pero a veces se pasa a la mía y yo lo disfruto, porque ahora lo vivo de otra manera yo he sido muy absolutista, a los 6 meses tenía que empezar a comer y debía ser así, al año tenía que caminar y tenía que caminar, hasta que empecé a flexibilizarme y a decir no esta mal. Tenía una amiga con una nena un poco más grande que Mauri y me ponía muy ansiosa cuando no veía los mismos progresos en Mauri que en ella. Por suerte la pediatra me minimizaba mis preocupaciones y eso me ayudo. Yo era o negro o blanco y ahora tengo un montón de grises en mi vida.

¿Cuándo comenzo a caminar?

El mismo día que cumplió un año.

¿Cómo fue el aprendizaje para empezar a ir al baño y dejar los pañales?

Fue algo lardo para él y para mí. Yo sentía que él no lo iba a poder superar. Yo he sido muy absoluta, si a los 2 años y medio llego el invierno y Mauri no había aprendido a ir al baño yo sentía que nunca lo iba a aprender (jaja), me amargaba, pensando que tenía algún problema, lo llevaba al baño para que no hiciera en sima, y me angustiaba un montón y cuando cerca de noviembre cuando Mauri cumplió 3 ya ahí dije no vamos a intentar y los dejé, de día y de noche los ha dejado hace dos meses (tiene 5 años) que no se hace más pipi en sima, eso fue largo y también duro, pero dije bueno ya va a aprender le compre una funda al colchón y hasta que no le di más bola y cuando yo me desentendí del tema Mauricio no se hizo más.

¿Te acordás cómo fue cuando comenzó a hablar?

Mauricio antes del año y medio no hablaba nada, y él ya estaba bastante aburrido de estar conmigo y mi mamá porque no tiene primitos de su edad ni nada, entonces lo empecé a llevar dos horitas a una guardería como para que jugara con otros niños, y en un mes no se quedo callado ni un instante más, o sea el contacto con otros niños le soltó la lengua, digamos. El necesitó de otros niños, porque si bien nosotros lo estimulábamos, le hablábamos mucho, no sé si fue que no lo hacíamos bien o que él necesitaba de otros niños para empezar a hablar. Lo que si siempre habló bastante claro, se le entendía bien. Pero cuando empezó a ir al jardín fue un cambio notable en un mes se hablaba todo. Parece que tenía que comunicarse para que llamara la atención.

Me olvide de preguntarte si antes de aprender a caminar gateo ¿Te acordas porqué?

Poco gateo. Anduvo poco en andador, y al año gateo. No era que yo no lo dejara sino que no tuvo mucha iniciativa propia para gatear. Yo le ponía una manta en el piso pero no pasaba nada. Lo que si estaba mucho en el corralito con sus

juguetes y le gustaba, y ahí se paraba y se movía agarrado de las paredes del corralito, y eso creo que fue lo que lo estimulo más a caminar. Gateo pero poco.

¿Cómo era el carácter de Mauricio cuando era bebé?

Era muy despierto, inquieto, demandante, hasta el día de hoy. El demanda todo el tiempo, él si quiere estar con vos te lo demanda. Y de chiquito igual, era una cosa que no sé si por celos o porqué el demanda atención todo el tiempo, él quiere que estés pendiente de él todo el tiempo, pero no era un niño que llorara mucho. Si es de hacer berrinches, por ejemplo si yo estaba con alguien tomando unos mates era imposible charlar, a no ser de que venga una amiga mía con su hijo, Mauricio teniendo un niño se olvida de todo, es un niño. Pero si no hay niños es imposible todo. Yo para terminar la carrera con él chiquito mi mamá se lo tenía que llevar a su casa o a la de mi hermana para que yo pudiera estudiar o me quedaba en las noches cuando el se dormía, si no, no había caso de que yo pudiera concentrarme dos segundos aunque a él lo tuviera entretenido con algo. El necesita estar siempre cerca de alguien, por ejemplo, él tiene un televisor en su pieza pero el se queda viéndolo en el living donde yo estoy. Solo no le gusta estar, entonces te demanda mucha compañía. El necesita estar con gente, en eso se parece mucho a mi. Yo, a veces con tal que este con migo lo dejo ver todos los dibujitos que quiera. Igual a mi tampoco me gusta que él este solo en la pieza y yo en otro lado de la casa.

¿Cuáles son tus sentimientos o qué genera en vos esos reclamos tan inmediatos?

Y me siento invadida. Al principio con Mauri yo sentí eso, sentí que me invadió, que me quitó un poco la vida. Te da eso, mucha culpa, pero yo sentía eso, que no tenía vida, ya no, pero por muchos años no me podía pintar las uñas porque si me veía quería algo, no podía hacer nada porque él demandaba atención cuando yo estaba haciendo algo para mí. Y eso sí me enojaba, me enojaba y al mismo tiempo me daba culpa porque me sentía enojada con él y así era un círculo, del

que no podía salir. Pero si, yo sentí que Mauricio me quito vida. Después al contrario, pero en un principio sí, y me sentía muy culpable. Eso es lo que yo sentía y ahora sigue siendo igual, una deja de hacer cosas que quiere por él, cambio planes para adaptarme a él. Pero ya no siento que me quita la vida sino que nos vamos adaptando el uno al otro. Yo siento que yo tendría que tener otro hijo para disfrutarlo más y no vivirlo tan dramáticamente, porque todo lo vivo como definitivo, es esto o esto, como que nunca iba a aprender a caminar, como que nunca iba a aprender a hacer pis solo y si yo tuviera un hijo ahora, pienso que lo viviría un poco más relajada, sabiendo que en su momento va a hablar, en su momento va a caminar, un poco más tranqui.

¿Se quedaba solo en el coche o en el moisés o siempre quería brazos?

Se quedaba si él estaba en el coche al lado tuyo se quedaba y por ahí te pedía que lo alzaras y por ahí te pedía que lo pusieras en el corralito, pero él es un niño que necesita contacto, viene y te da un beso un abrazo o se pone a ver una película y te esta tocando. Te pide que estés ahí cerca. Es demostrativo, y te lo pide. Ahora él es así, pero de chiquitito también pero a mí me costaba más registrarlo.

¿A qué edad comenzó a ir a la guardería? ¿Cómo fue el primer día?

Empezó al año y medio, primero porque yo tengo que trabajar, trabajo todo el día. Y mi mamá así podía descansar un rato, entonces ella lo llevaba y yo lo iba a buscar y también porque no tenía niños con los cuales compartir y yo empecé a ver que veía un niño y se desesperaba y pensé que era lo mejor y le hiso bien. Y el primer día me quede con él y cuando yo me iba se angustiaba pero un poquito, lloraba solo un ratito. Y siempre después de las vacaciones cuando empieza a ir devuelta al jardín le cuesta un poco separarse pero después que se integra se queda y le encanta. Es sociable Mauri, es muy sociable.

¿Aceptaba Mauricio, quedarse con otras personas, si vos tenías que salir?

Con mi mamá sí, porque mi mamá lo crio junto conmigo, éramos las dos, y con mi hermana también, igual no se queda mucho porque ella tiene hijos grandes y trabaja mucho, pero no tiene problema de quedarse. Quedarse a dormir solo en lo de mi mamá o en lo de mi hermana.

¿Vos cómo te sentía cuando él se queda a dormir en otro lugar?

Te soy sincera a veces me siento bien porque siento un poco de libertad, pero a veces me siento mal, no sé si es que lo extraño o siento el vacío o siento culpa de no tenerlo conmigo. La mayoría de las veces se queda por decisión de él. A veces siento mucho el despegue aunque sea una noche no más.

¿Le cuesta aceptar los cambios o es un chico que suele adaptarse fácilmente?

Mauricio, lo sacas un poco de la rutina y lo siente, después se acostumbra pero él siente cuando las cosas cambian, después se adapta pero al principio le cuesta.

Mauricio es un niño que lo respetas o lo respetas sino te lo impone, no se si llamarlo carácter fuerte o muy perseverante en sus ideas en sus convicciones.

¿Cómo es Mauri actualmente, su forma de ser?

Es muy sociable y muy perseverante. Yo siempre digo, Mauricio se propone ser presidente de la nación y lo va a conseguir, porque va a romper tanto las pelotas que lo va a conseguir, porque es así, es una cosa que te hace trabajo fino, muchas veces con caprichos y otras veces te lo maneja de una manera que él sale con la suya en las cosas de él. Pero bien, no creo que eso sea un problema, ya la vida le demostrará que no se puede tener o hacer todo lo que uno quiere y ahí viene todo un conflicto con el tema de los límites y todo eso, que es un problema porque con su forma de ser tan perseverante a veces entramos en conflicto.

¿Quién es el que suele ponerle los límites a Mauri?

Yo, mi mamá es abuela y no tengo a nadie más y yo trato de ponérselos, en un principio el tema de los límites lo manejaba como lo que tenía que ser, después que empecé terapia los límites los manejo de otra manera pero a veces me sobrepasa, me sobrepasa de una manera que hasta digo me desconozco o digo tanto tiempo de terapia y en un momento te sobrepasa, te olvidas de todo lo que has trabajado y por ahí exploto.

¿Qué sería cuando decís exploto o me sobrepasa?

Enojo, rabia, ahí si por favor, cuando se pone tan perseverante. Ayer justamente tuvimos una cosa que se encapricho porque fue a la casa de un amigo y después lo trajo la mamá del compañerito y parece que eso lo enoja y armo un escándalo por nada y yo que lo había estado esperando toda la tarde me enoje y se armo un quilombo porque él me gritaba y me desafía y todo el tiempo me esta desafiando a ver a dónde le pongo el límite y a veces vos le pones un límite y el no lo respeta. Es una guerra, eso es lo que se siente y ahí es donde uno es la persona a mayor pero te sobrepasa. Hay momentos que te sobrepasan. En teoría esta todo bien pero en la práctica llega se te suma que estas cansada que tenés quilombos y viene él que te hace un escándalo por nada y ahí ya exploto yo y hago también un berrinche, yo creo que me pongo a la misma altura. Hay veces que a mí también me dan esas ganas de ponerme a patalear y decir bueno ya basta. Y en un principio me daba mucha bronca con el padre, cuando me pasaba eso de no saber como enfrentar la situación, este se borro y me dejo esto a mi sola y yo que hago con todo esto y ahora todavía hay veces que me hagarra así bronca, me revive la bronca, el dolor o el enojo, sentimientos feos. A veces creo que ya lo he superado y en un segundo se me viene todo abajo y siento todo esto.

¿Hay algún hombre, una figura masculina, que vos creas que sea alguien significativo para Mauricio?

Es un tema medio difícil porque yo he estado en pareja, viviendo separados pero en pareja durante casi tres años y en este momento estamos separándonos y hemos venido con muchos problemas y este fin de semana le digo ya basta, no sé qué va a pasar con eso, si las cosas se van a solucionar y él ha sido un hombre, que yo creo que ha sido un referente para Mauri pero no sé qué fuerte puede haber sido, en algunas cosas, yo creo que me ayudo a diferenciarle a Mauri y mostrarle las mujeres hacemos esto y no esto y los hombres hacen esto, diferenciar roles pero de ahí que haya sido muy fuerte él como figura masculina para Mauricio lo dudo, por comentarios de Mauri por lo que él me dice. Y mi papá falleció y el único hombre cercano es mi cuñado pero no es muy cercano a él, entonces no, más que mi pareja no ha habido hombres más cerca. Igual creo, ha juzgar por las reacciones de Mauri que puede prescindir de eso, no tienen que ver una cosa con la otra, puede que haya sido su referente pero no logró un vínculo padre hijo eso te lo puedo asegurar, pero como referente masculino puede ser.

Igual yo también me encargo de diferenciarle y separar lo que es un hombre de una mujer.

Vos me contaste que Mauri fue deseado por vos desde hace mucho tiempo, y que fue muy deseado, ¿qué paso cuando ese deseo se te hizo realidad?

Yo nunca dimensioné la responsabilidad y el trabajo que da un niño y como te sustrae la vida, a mí eso me impactó mucho, y aparte yo estaba sola con él y hasta a su primer control lo lleve yo con los puntos puestos, manejando yo, no tuve nadie que ni siquiera me llevara entonces al principio me sentía muy agobiada y me decía esto no es lo que yo quería. Pero desde hace un tiempo hemos encontrado un equilibrio y ya se cumplen algo de esto que yo deseaba. Pero las demandas me impactaron bastante porque no lo tenía dimensionado.

Cuando era chiquito estaba muy temerosa. Pero ahora creo que he encontrado un equilibrio entre lo que yo imagine y lo que hay.

¿Los episodios de asma que ha tenido Mauri los relacionas con algún suceso particular?

Si, después no en ese momento, en verdad nunca le diagnosticaron asma sino que a él se le cerraba el pecho y no podía respirar, lo que tenía eran episodios de asma. Pero lo que él hacía era manifestar mis angustias, cuando yo empecé mi terapia a partir de estas somatizaciones que hacía Mauri, empecé a relacionar lo que a mi me pasaba con los episodios de asma de él y cuando Mauri muestra un episodio así es porque o yo estoy mal en algún tema mío, es que Mauricio es una esponja conmigo y ya tiene 5 años y sigue siendo una esponja el muestra todo lo que me pasa mis estados, por ahí me da hasta culpa porque a veces yo estoy pasando un mal momento y él lo absorbe de una forma y me lo muestra, “así estas vos” y es real y con el tema del asma la primera vez fue así cuando volvimos de vacaciones y yo tenía que volver a trabajar y en realidad él no sabía nada, él no sabe cuándo es lunes cuando es domingo, la que estaba angustiada era yo, es real eso, o cuando he pasado otros tipos de angustias o acá en el trabajo y él me lo ha mostrado, y ya no hace los ataques de asma pero a veces me lo muestra con un berrinche y yo ahí me doy cuenta que algo me esta pasando a mí, y si me conecto con como estoy yo es realidad me doy cuenta que yo soy la que esta angustiada. A mi me ayuda mucho a darme cuenta de mis cosas, por ejemplo ahora yo lo veo a Mauri que esta como sensible muy irritable y cuando tomo un poco de distancia yo estoy así, en este momento yo estoy así. Habrá cosas que son de él, pero muchas veces manifiesta lo que yo siento. Los episodios de asma tuvieron que ver siempre con mis estados emocionales.

¿A vos te ha servido trabajar con tu terapeuta aspectos tuyos a partir de lo que manifiesta Mauri?

Si me ha servido mucho, yo llegue a terapia con un niño totalmente sobreadaptado, pero yo no lo veía pero él era lo que tenía que ser y ahora es lo que es pero esto es porque llevamos dos años y medio trabajándolo y si bien a mi me ha servido mucho verme en él, ayer por ejemplo explote y no pude ver nada, pero ya hoy lo puedo pensar y mirándolo un poco más de lejos lo reflexiono y lo hablo con él y ahora si puedo decirle la mamá no esta bien por esto y él me entiende. Pero también me sirve muchísimo también me llena de culpa, yo soy muy culposa.

Es más anoche después del berrinche pensaba lo que necesito trabajar en terapia es la posibilidad de empezar a diferenciarnos porque hasta que punto es saludable que él ya a los 5 años se refleje tanto en mi o como poder hacer para separarlo un poco porque no me gusta porque sino tiene que cargar siempre con mis problemas ya a mí me pesa que a Mauri le afectan tanto mis estados de ánimo ya a mi eso me hace mal. Me causa culpa, porque le hago pasar un momento de mierda. Si bien me ha servido mucho me pesa que no haya una diferenciación. Ya lo de ayer me hizo mal, saber que el estaba así por lo que me está pasando a mi me pone mal.

¿Cómo te sentís vos, frente a la enfermedad que presenta su hijo?

El se empezó a enfermar desde el año y medio hasta los tres años y medio, hasta hace poco que tuvo la última neumonía. Porque él empezaba así se le cerraba el pecho lo sacábamos de eso y caía en una neumonía.

Yo siempre que Mauri se enfermaba me ponía la armadura y salía con él y no paraba y cuando salía ahí yo me desplomaba y caía, cuando ya no tenía que sostenerlo me pinchaba y cuando pasa ese momento de susto me desplomo.

¿Y en esos momentos quién te sostiene a vos?

Yo y mis cosas, la terapia, amigos, pero yo y a veces Mauricio, quizás hasta con sus demandas no dejándome caer, me saca de la cama, haciéndome reír.

Necesitabas en esos momentos la figura paterna para sentirse un poco más sostenida

Si totalmente y no solo en esas situaciones sino también cuando tengo que tomar una decisión, me gustaría tener alguien con quién consultarlo alguien que tenga la misma responsabilidad o más bien el mismo vínculo. Y cuando ha estado enfermo más. En eso no puedo dejar de sentirme un poco incompleta. Porque yo soy la madre no soy el padre hasta poniendo límites soy la madre, y le tengo que poner los límites pero al mismo tiempo me nace darle un cariño y cuesta es complicado. Y es que me es difícil porque a veces lo reto y al ratito me lo comería a besos y tengo que mantener cierta distancia y es esa dualidad que se hace difícil, no es imposible pero se hace más difícil.

Yo siento que lo que le paso a Mauricio es que el largó una bola de mierda que tenía adentro, y eso hizo que ya no se le cerrara más el pecho. Yo creo que ahora con un berrinche puede manifestar y sacar lo que le pasa y un berrinche es algo que pasa pero una enfermedad es más grave. Antes hacia berrinches pero yo no los veía, y ahora a veces por lo menos lo puedo aceptar. Ahora Mauricio puede hablar de su papá, yo después de tiempo de terapia pude empezar a nombrarle a su papá, yo antes no se lo nombraba porque tenía miedo de cómo iba a reaccionar Mauricio. Te cuento, después de empezar la terapia, la psicóloga al diagnosticarlo, me dice que él no nombraba a su papá porque sabía que a mi me angustiaba y sí a mi me daba terror, hasta el día de hoy me da miedo que puede llegar a preguntarme y si le voy a poder responder. Y la psicóloga me dijo tenés que empezarle a nombrarle la palabra papá porque él no escucha esa palabra normalmente, entonces fuimos un día al supermercado y había un paquete de mijo y había dos pajaritos y uno más chiquito en el medio, entonces

me dice mira los pajaritos y le digo ajá y quiénes son esos pajaritos y él dice la mamá, la mamina y el hijito, y le digo, no a mi me parece que es la mamá el papá y ahí él me dice no el papá no, de una manera enojado, como diciendo eso no se dice. Fue tan puntual, porque era la primera vez que yo le decía mamá, papá y el me dijo no eso no papá no, y listo no quiso hablar más del tema, y después de un tiempito él empezó a nombrar la palabra papá y después cuando empezó a ver a los papás de sus compañeritos empezó a preguntarme más puntualmente... Yo creo que eso es lo que lo ayudo a salir de su enfermedad el hecho de que pueda nombrar y hablar del padre y que yo pueda sostenerlo en sus berrinches y que yo pueda revisar lo que a mi me pasa, es lo que lo ha ayudado por lo menos hasta ahora.

ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN: MAMÁ LILIANA

Esta última entrevista va a consistir en gran parte en una devolución de lo que yo he podido ver en los encuentros anteriores, y de lo que junto con la psicóloga que supervisa mi tesis, hemos podido ir relacionando y analizando. Para que las madres no sientan que solo han dado información y reciban una devolución sobre todo lo que hemos hablado.

Antes de darte mi devolución, pensé en una pregunta que me gustaría hacerte, que me parece importante que puedan pensar, sino pueden contestarla con seguridad, por lo menos inténtenlo.

La pregunta es:

¿Qué mensaje creen ustedes que intenta transmitir Mauricio con su enfermedad?

Seguramente dudas sobre lo que se te viene a la cabeza, pero esta bueno que lo digas, aunque no estés segura, lo podemos ir viendo.

Lo que él me quiso decir, es que hiciera algo conmigo, si definitivamente, yo no estaba bien y él me lo demostró enfermándose. Y es algo que hasta ahora, yo se que todavía queda mucho por trabajar en mi terapia. Pero en ese momento fue un giro que tuve que darle a mi vida, empecé la psicóloga porque me dijeron que Mauri estaba mal y que gran parte del problema no estaba fuera y bueno, como toda madre, uno hace cualquier cosa por un hijo y yo lo hice, y la verdad, es que no me hubiese imaginado que los resultados iban a ser tan efectivos porque Mauri no volvió a manifestar un episodio de asma.

Aunque , como dice mi psicóloga, nuestra relación es tan especial, por el hecho de ser madre soltera es como que nos cuesta más la separación, y él ahora mismo con todo lo de la separación con Hernán, él me está haciendo unos berrinches que te juro, me hacen llorar, y no es que él lo esté sufriendo por él mismo porque, como ya te dije, ellos no tenían una relación muy unida pero lo que pasa es que como yo estoy mal, y no me permito llorarlo, él con sus berrinches es como si me diera el motivo, para que yo me descargue y lllore. Es increíble, pero es así.

Bueno, con respecto a lo que yo te puedo dar como devolución es que sigas con tu trabajo terapéutico, para que puedan, de apoco ir diferenciándose con Mauricio.

Creo que los tiempos no son cronológicos, no es solo cuestión de edades, ni de vos o de él, sino que el vínculo entre ambos el que debe madurar para lograr la separación saludable, tanto para vos como para él.

Me gustaría agradecerte por dejarme entrar en tu historia y colaborar conmigo para poder llevar acabo mi tesis.

Saludos.

ENTREVISTAS MAMÁ DANIELA

Mamá: Daniela 33 años

Papá: Marcelo 42 años

Hijo: Tiago 4 años

Yo soy estudiante de psicología, estoy haciendo mi tesis sobre la relación madre hijo en los casos en donde el niño presenta una enfermedad persistente.

Los encuentros van a consistir en entrevistas abiertas en donde a lo que se apunta es a una conversación abierta, fluida, en donde sean las madres con sus experiencias, sus recuerdos, sus sentimientos los que guíen el encuentro.

Fundamentalmente, lo importante es que pueda contactarse con lo que siente y han sentido en su relación con su hijo y que responda desde ahí.

El ser madre es una experiencia única, pero como se suele decir el niño no nace con una manual bajo el brazo y muchas veces, las madres sienten confusión, ambivalencia, dudas y miedos que son totalmente aceptables y por decirlo de algún modo, normales.

Por eso es importante aclarar que yo no voy a juzgar o evaluar el vínculo entre la mamá y el niño sino al contrario, es un espacio en donde su experiencia y vivencias puedan ser puestas en palabras, comprendidas y escuchadas por ambas, a mí para mi tesis y a ustedes para su vida.

¿Te acordás cómo era tu vida antes del nacimiento de Tiago?

En realidad al venir acá, porque yo soy de Salta, al venir acá fue un cambio, por el tema de la inseguridad que es un tema, me costo bastante adaptarme, pero no ya ahora estoy bien , ya hace diez años que estoy acá, así que no ahora ya es más fácil, pero cuando mi esposo tiene que salir a trabajar, quedarme sola ahí

me cuesta mucho, pero no antes del embarazo lo que hacia era que estaba estudiando, en Salta bailaba, a mi como me gusta el folklore, soy profesora de folklore, me gusta bailar, pero al venir acá deje todo porque bueno después me quede embarazada y ya no hice más nada, nada de lo que me gustaba hacer

¿Cuál fue el motivo por el cual se vinieron a Mendoza?

Y porque conocí a mi esposo y ya me vine para acá y me quede acá, él es de acá.

¿Cómo recibiste la noticia del embarazo?

He, no, re contentos, porque nosotros hacía ya 2 o 3 años que estábamos juntos, así que bien, lo estábamos buscando. Todos re contentos.

¿Te acordás cómo fue el embarazo?

No, fue re tranquilo, ósea no, eso de que dicen que deseas comida y salen con cosas, no, fue un embarazo súper tranquilo, al cual algunas piensan que tienen un embarazo y piensan que tienen una enfermedad y no nada que ver, estuve re bien, fui a los cursos pre-parto con mi esposo, re bien, él presencio el parto. Fue por parto normal, así que buenísimo, fue re rápido.

¿Teniendo a tu familia en Salta quién te acompañó durante tu embarazo?

Me sentí muy acompañada y apoyada por mi esposo, los nonos del enano, así que bien. El parto fue normal así que todo rapidísimo.

¿Te acordás que sentiste la primera vez que lo viste?

No, en ese momento te da ganas de llorar, o sea pero de la emoción y de la alegría pero no, fue re lindo. Una experiencia hermosa, es re difícil de contar porque estar ahí es único

¿Cómo fueron los días posteriores al parto? Fue difícil interpretar las necesidades de él?

No, en el día a día íbamos viendo, lo que si costó fue darle la teta porque me dolía, me lastimaba, y ahí si pero después es un nene super tranquilo, no es un bebé de estar mucho tiempo en brazos y de llorar, lo dejaba en el moisés y estaba re tranqui. Le dabas de comer, lo cambiabas si estaba sucio y ya con eso se quedaba tranquilo. Era re tranquilísimo, no me dio trabajo para nada.

La teta sólo se la di hasta los 6 meses porque me mordió y ahí nunca más le di. Empezó a comer a los 4 meses y re bien, aunque siempre pedía teta, pero re bien con las comidas. Y chupete hasta el año.

¿Qué sentías cuando le dabas de mamar?

No, sentí como que me conectaba más, era re lindo, y cuando el no quería más él corría la teta.

¿Dónde dormía Tiago cuando era bebé?

De chiquito lo acostumbramos a dormir solito. Ahora cuando el papá se va, tengo miedo que le pase algo de noche, entonces me lo llevo a dormir conmigo. Pero siempre fue de dormir solito.

¿Cómo era su carácter de bebé?

Él carácter era súper tranquilo, pero lo que si nunca salio de al lado de mamá, solo una vez se quedo a dormir en lo de la abuela que vivía enfrente pero era como un vacío que había en la casa pero no yo llore toda la noche, porque me sentía sola, pero siempre fue de estar con mamá. Pero es súper tranqui, re tranqui. Él nunca fue de tocarte los adornos, él no es de tocar nada, ni los enchufes, es que nosotros ya de chiquito le hemos enseñado a no tocar.

Se acerca el niño y pregunta qué lo que ahí arriba de la mesa, señalando el grabador, y la madre pone su mano en la boca del niño, impidiendo que siga hablando y el niño se retira

¿Tuviste que trabajar durante el embarazo?

No, antes yo suplantaba a mi cuñada en un centro de rehabilitación en la parte de natación pero cuando me quede embarazada nunca más.

¿Tiago conoce a su familia de Salta?

Si, vamos para allá o mi mamá viene, pero no tanto por los costos.

¿Cómo es la relación con tu mamá?

Siempre fuimos muy compañeras, muy amigas, pero bien, y estamos en contacto todos los días por el celular.

¿Cómo fue cuando empezó a caminar?

Camino al año y el mes, estábamos todos ansiosos, para cuando, esperas que para el año ya camine, pero no, se demoro un mes más en aprender a caminar, y después cuando dejo los pañales fue otra por que costó, lo dejo a los dos años y medio a los pañales y me acuerdo que le costaba avisar, hasta que un día nos metimos a la ducha y empezamos a jugar con el agua y ahí empezó a avisar, "má pi, má pi" así que estuvimos más de 6 horas ahí metidos en la ducha, para que hiciera pis y devuelta me avisara cuando volvía a tener ganas, hasta nos quedamos sin agua en el tanque del tiempo que estuvimos ahí, así que fue largo para que aprendiera, porque yo quería que él aprendiera porque era el verano. Y ahí ya nunca más se hizo.

¿Cómo era el momento de comer?

Él antes iba a la guardería a la tarde, así que se te solía despertar como a las 12, le dabas el almuerzo y lo llevaba a la guardería con una merienda y a la cinco tomaba la leche y después la cena. Pero ningún problema, comía todo, pero sí el siempre con la merienda era medio raro porque a él lo dulce mucho no le gusta, le enseñamos de chiquito, no éramos de comprarle caramelos, siempre más de un yogur pero no golosina y a veces un chocolate, que es su debilidad.

¿Solía enfermarse?

Sí siempre fue de los resfríos pero siempre llevándolo al pediatra dándole vitaminas, poniéndole todas la vacunas, pero lo normal de cualquier niño.

¿Muchas veces a las madre les cuesta volver a encontrar sus propios proyectos y objetivos de vida, cómo es en tu caso?

No, a mi no me costo para nada, incluso cuando él nació en agosto nosotros nos fuimos en septiembre a Carlos Paz.

¿Con quién se quedo Tiago?

No, lo llevamos nos fuimos con él y los abuelos. No ningún problema de decir por él no podíamos salir, no. Si nos cuesta dejarlo, siempre salimos con él, pero nunca fuimos de dejarlo con los abuelos ni con los tíos y nosotros salir, no. A los 4 meses nos fuimos a Puerto Madrin a Chubut a Trelew, porque mi esposo trabaja y él nos dejaba en la playa y el papá se iba al campo. Y Después nos fuimos a Bariloche y de ahí a Salta, desde chiquito salíamos de viaje con él y él dormía en el moisés y ningún problema, se adapto a todo. Porque él es así no tiene problema se adapta, ahora lo cambiamos de guardería y se adapto re bien.

¿A qué edad empezó a ir a la guardería?

A los dos años lo mandamos para que pueda compartir y aprenda a estar con otros niños.

¿Cómo fue el primer día en el jardín?

A no, fue quedarme ahí afuera escuchándolo llorar y ponerme yo a llorar, tenía ganas de sacarlo, pero no, si lo hacía le estaba haciendo un mal a él. Pero fueron dos o tres días que lloró y después ningún problema.

¿Qué le gusta hacer a Tiago cuando está en la casa?

Y le gusta jugar a la pelota o andar en bici, también con los autitos. Él juega solo sin problema pero a veces nosotros jugamos con él. Le encantan las carreras, ver revistas de autos. A veces invita a amiguitos pero siempre acá dentro.

¿Cómo fue cuando se enteraron que tenía diabetes?

En diciembre, el 16 de enero lo internaron. Pero él ya venía. Porque de agosto a diciembre el papá estuvo sin trabajo, así que el papá estaba todo el tiempo acá en casa. Y en diciembre consiguió trabajo y ese fue al sur a trabajar, miento se fue a San Juan, se va por 20 días y vuelve. En ese momento, en diciembre empezó a bajar de peso, lo lleve al pediatra pero estaba de vacaciones. Me lo atendió una colega de él pero nunca le comente a la doctora que él estaba tomando mucho agua y se hacía pis en cama. Y lo lleve porque me vomitó un día en la calle y le dije eso y me dio algo. Y a la semana llego mi suegra de Buenos Aires y me dijo “lo veo tan flaco a Tiago”, y le digo no, no. Y entonces la volví a llamar a la doctora, y me dio para que le hiciera unos análisis de urgencia y ese mismo día me los dieron se los lleve a la doctora y ahí me dijo no, “es para internarlo” porque tenía 388 de glucosa, así que yo estaba sola así que le dije a los abuelos y lo llevamos directamente al Notti. Así que entro a las la noche con 515, y ahí recién a las 6 de la mañana se la pudieron bajar.

S- ¿Qué sentiste vos en ese momento?

Y ahí le llame a mi esposo, él llego al otro día. **(Empieza a llorar)**. Verlo fue horrible, en una mano el suero, en otro la glucosa, tenía las dos bombitas, y que

a cada hora vayan y lo controlen, un martirio. Y vos decís pero cómo si es un niño.

El niño ve llorar a la madre, se acerca, la abraza, y ella le dice, “no pasa nada”, y llama a la tía para que lo lleve a jugar al fondo.

Y vos decía como a un niño tan chico le pasan otras cosas y vos preferís que te pasen a vos, y no a él que es tan difícil que se tenía que pinchar con la insulina, porque controles le tenés qué hacer 4 por día, es mucho para un niño. A mi me costó un montón, porque yo con esas cosas soy muy maricona, nunca me gustaron esas cosas, a mi me costo aprender a inyectarlo.

S- ¿Relacionas el inicio de la diabetes de Tiago con alguna situación particular?

Nosotros pensamos, que fue por el tema de que el papá estuvo tanto tiempo acá en casa que luego un momento en que no estaba y él lo extrañaba y cuando no está él empieza que extraño a mi papá, extraño a mi papá. Y no estaban los nonos y en ese momento no había nadie. O cuando ahora mismo que ya sabemos lo de la diabetes, el papá se va, se le sube muchísimo la glucosa, y por dos días anda con la glucosa alta.

S- ¿Cómo es la relación de él con su papá?

Son re pegotes y cuando él esta quiere que el papá le haga todo.

Pero ahora bien, te cuesta un poquito cuando salís, pero no todos los días Mc Donnal, eso lo cortamos, a veces una vez por mes para darle un gustito. Y te cuesta cuando en la calle le tenés que hacer los controles o inyectarle la insulina y que todos te miren, te sentís mal pero es algo mió que me siento mal, porque muchas veces la gente no sabe y por ejemplo en un café le pedís solo queso porque es para un niño diabético y te traen dulce. Ahí muchas veces que no saben mucho del tema de la diabetes y es difícil y por ahí es a mi la que me cuesta. Pero trato de no ponerme mal y estar bien porque él ahí no más se da cuenta.

¿T e acordás cómo fue cuando comenzó a hablar?

Cuando empezó a hablar había palabras que no podía pronunciar muy bien. A los 3 años fui a una fonoaudióloga, tubo 8 meses con fonoaudióloga y a partir de ahí hablaba más clarito, ya se le entendía. A veces mezclaba y es como que le costaba, va! no, no es que le costaba es que no pronunciaba muy bien.

¿Me olvide de preguntarte si antes de aprender a caminar gateo?

Gateo muy poquito, casi nada, porque más estuvo en el andador, y así pasó directamente a caminar. Como era un departamento muy chiquitito donde vivíamos, siempre lo pusimos en el andador y así estaba un poco más arriba. Nunca éramos de ponerlo a gatear

¿Me contaste que tu marido trabaja fuera de la provincia, eso ha sido siempre, desde que te viniste a Mendoza?

Si, siempre fue así

¿Cómo te sentía vos cuando él se va?

Y es feo porque una se siente sola y aparte se te pasan miles de cosas por la cabeza de que entre alguien y estar sola o que le hagan algo al nene y cuando él no esta yo no duermo, porque digo no, voy a estar durmiendo y no voy a sentir nada. En este sentido me he sentido sola, pero después no, él nos llama todos los días, cuatro veces al día para ver como están las mediciones y siempre nos llama. Pero es como que uno ya se ha acostumbrado a que se tiene que ir y que otra no hay. Así es que a Tiago le decimos que papá se va porque tiene que trabajar y si papá no trabaja no vas a tener nada, de qué vamos a vivir, y esas cosas, para que a él no le afecte tanto, pero siempre que el papá se va esta dos días con los niveles re altos.

¿Cómo son esos días cuando el papá esta en la casa?

Y es como que se puede salir porque tenemos el vehículo, si hace frío también podemos salir. Y cuando el papá viene, Tiago le dice que lo lleve al jardín en auto como lo hacen los papás de sus compañeros. Así que en esos días el papá hace de transporte lo lleva y lo trae.

¿Cómo es la relación entre ustedes?

No, bien, bien. A veces hay peleas pero normales de pareja, un enojo pasajero. Pero no, re bien.

Se dice muchas veces, que los niños reflejan lo que le pasa a la madre, por eso es importante que podamos trabajar sobre eso. No solo en relación a lo que le pasa a Tiago sino también lo que vos sentís como persona, como mujer, como mamá, como esposa.

Si, si, él te ve mal y te dice, má qué te pasa, porque a mí enseguida se me nota, así que pasa y me pregunta. Muchas veces cuando estoy sola, me pongo mal, pero trato de no demostrarle a él, ni decirle que me siento mal, trato de evitarlo.

¿Cuándo estas mal con quién te desahogas o con quién hablas?

No, me quedo despierta a la noche y como él duerme, me descargo ahí y lloro toda la noche, así él no me ve. Siempre después que él se duerme .Pero cuando está mi esposo no, no estoy mal, porque estoy con él y me siento protegida.

¿Con todo lo que han vivido con la enfermedad de Tiago, has descubierto algunas cosas sobre vos misma?

Con todo lo que me ha pasado lo que siempre me da vueltas es decir porqué no me di cuenta mucho antes o de haberlo llevado antes, que a lo mejor si lo hubiera llevado antes lo hubiera evitado. Nos han hablado tanto de que él ya tubo la diabetes desde que nació y que se le ha despertado ahora, el páncreas termino de usar toda la insulina que quedaba y hasta acá llegó. Y miles de

preguntas, porqué a nosotros que lo hemos cuidado tanto y vos decís cómo si no le dábamos golosinas, no le dábamos gaseosas, cómo. Vos decís cómo me pasó si lo he cuidado bien. Incluso, todas las vacunas que salían se las colocábamos para que estuviera más protegido para que no le agarrara una enfermedad, en ese sentido fue cómo no me di cuenta antes con tantos síntomas que tenía. Pero no encuentro una explicación, es como que uno falló en ese sentido. Es una sensación de culpa, porque yo una semana antes la lleve a la pediatra pero nunca le dije los síntomas que él tenía y ya cuando llegaron mis suegros me dijeron, esta muy flaco, llévalo y el día sábado hable con la doctora y le tuvieron que hacer los estudios de urgencia y de ahí a internarlo.

Se han modificado algunas cosas desde qué se enteraron de la enfermedad de Tiago?

Mas o menos, en las comidas siempre hemos comido igual, algunas cosas como el edulcorante, decidimos que si Tiago lo tenía que tomar, lo tomábamos todo y nos adaptamos a esas cosas, es como una cuestión de hábitos, decimos bueno, vamos a hacer lo posible para que él se sienta bien, pero en las comidas es todo normal, porque el puede comer de todo, sin mezclar, él come lo mismo que nosotros.

La forma de ser de Tiago ayudo a qué el se adapte a todo esto?

Si, la verdad que él se ha adaptado bastante bien, es verdad que él tiene sus días y hay veces que no quiere colocarse la insulina, pero dicen que eso es normal. Hay días que dice que ya no quiere colocarse más la insulina, que la insulina es mala, pero por lo general el no tiene ningún problema, incluso ya él a aprendido a hacerse él los controles. De esa manera yo creo que el a medida que va creciendo ya se va haciendo responsable de lo que tiene y a veces le digo cuando las agujas del reloj estén a las 3 te toca una ingesta y yo a esa hora voy a la cocina y se esta comiendo su yogur, se acuerda mira la hora y va y lo hace. Es muy responsable con sus cosas. Es más uno de los primeros días cuando

fuimos al súper, ve uno alfajores y me pregunta si el los va a poder comer y yo le digo y no sé y él me dice no, má porque tienen mucha azúcar. Él mismo se da cuenta de esas cosas aún siendo tan chiquito. Pero igual la nutricionista nos dijo que él lleve al jardín la misma merienda que sus compañeritos porque sino igual le van a convidar.

Muchas veces cuando los hijos nacen las madres se encuentran con que no era lo que imaginaban, en el sentido de que a veces no saben que le pasa a su bebé, si no lo pueden calmar, y se sienten nerviosas o tristes frente a estas situaciones ¿Te acordás si viviste algo así?

No, no porque nunca pase esas situaciones porque Tiago ha sido siempre un nene re tranquilo. Era un nene que vos en el día hacías tus cosas sin problema porque él dormía, no tuve la oportunidad de ponerme nerviosa porque él nunca lloraba.

¿Aceptaba Tiago, quedarse con otras personas, si vos tenés que salir?

Si, no tiene ningún problema se queda sin problema. Pero en la noche si él no esta yo me siento muy mal, así que en la noche siempre se queda conmigo. La única vez que se quedo en lo de mis suegros, aún estando mi marido, llore toda la noche porque él no estaba. Pero en el día si se queda sin problema.

¿Cómo es un día de vida de Tiago? ¿Quién lo levanta, quién lo viste, quién le da de comer, quién lo baña?

Nos levantamos, si está papá, él lo tiene que levantar, prepararle la leche, hacerle los controles. Y de vestirlo lo tengo que vestir yo, porque no sabe, si lo dejo solo él no se viste. Bañarlo también lo baño yo. Porque siempre hemos estado y no sé lo hago yo.

Y a la hora de comer, comemos todos juntos, pero él no se corta la comida, lo hacemos nosotros porque tenemos miedo al uso del cuchillo, pero si el pincha con el tenedor, es más desde chiquitito cuando comía nunca se ensuciaba las manos siempre con la cucharita y terminaba impecable. Mi suegra me decía lo bien que hace que meta la mano en la papilla y que se ensucie y yo e decía no, si come que aprenda a comer bien. Pero siempre fue de usar bien los cubiertos, nosotros le enseñamos y no era de ensuciarse. Es más la seño de la guardería me dice que apenas tocaba la pintura se quería lavar, toca algo y ya se siente las manos como sucias. Tiago siempre ha sido de jugar adentro con sus juguetes no ha sido de un niño de salir a ensuciarse muchas veces cuando va a jugar a fuera a la pelota y si se tira al césped después vuelve diciendo que le pica todo, por lo que nunca ha estado acostumbrado a hacer esas cosas. Así que llegaba y a bañarlo.

ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN: MAMÁ DANIELA (papá presente)

Esta última entrevista va a consistir en gran parte en una devolución de lo que yo he podido ver en los encuentros anteriores, y de lo que junto con la psicóloga que supervisa mi tesis, hemos podido ir relacionando y analizando. Para que ustedes no sientan que solo han dado información y reciban una devolución sobre todo lo que hemos hablado.

Antes de darles mi devolución, pensé en una pregunta que me gustaría hacerles, que me parece importante que puedan pensar, sino pueden contestarla con seguridad, por lo menos inténtenlo.

La pregunta es:

¿Qué mensaje creen ustedes que intenta transmitir Tiago con su enfermedad?

Seguramente duden sobre lo que se les viene a la cabeza, pero esta bueno que lo digan, aunque no estén seguros, lo podemos ir viendo.

Daniela: Y Tiago lo que te dice es que la insulina es mala, pero es que sin ella él no puede andar, y yo le digo Tiaguito esto es así. Pero si, para él es algo malo.

¿Y a nivel emocional qué crees vos que él inconcientemente les intenta transmitir con su enfermedad?

Mamá: La verdad que es una pregunta muy difícil, no sé.

Con respecto a la relación que hacen de los viajes del papá y la subida de los niveles de glucosa, ¿puede ser una manera de manifestar su enojo ante los viajes del papá?

Mamá: No, no, no sé, yo creo que no.

Papá: No enojo, pero si, yo creo que esta relacionado, lo emocional de esa situación con las subidas de los niveles. Lo que pasa es que yo siempre he viajado, desde antes que él naciera, pero como el año pasado estuve mucho tiempo en casa él se acostumbro a eso y en diciembre cuando volví a trabajar a él se le desencadeno, pero es algo que iba a suceder. Podía ser ahora o dentro de diez años porque él tiene la diabetes desde que nació, pero se desencadenó con esto. Lo que nos pasa ahora es que se nos llena la cabeza de preguntas, porqué a él, si él no era un niño de comer dulces o gaseosa, ni nada de eso, no porque no lo dejáramos sino por una decisión suya. Y no entendemos cómo no nos dimos cuenta antes de los síntomas que él tenía. Lo que pasa es que es algo nuevo para nosotros, pero ya nos estamos adaptando, al principio nos encerramos en nosotros, no salíamos por miedo a que en las reuniones hayan cosas que Tiago no pueda comer, o por la incomodidad de los controles, pero ahora ya no. La doctora nos dijo que él puede comer lo mismo que nosotros pero controlado, haciendo ejercicio y revisando siempre los niveles. Se va equilibrando, ya ahora hacemos una vida normal, como un niño normal, va a los

cumpleaños y sale como cualquier niño. Y sí, para ella (refiriéndose a la madre) es más difícil porque ella es la que esta siempre.

Bueno, con respecto a lo que yo he podido observar es principalmente que Tiago manifiesta cierta sobreadaptación a lo que debe ser. Cuando hablamos de un niño que esta sobreadaptado significa que es muy adaptado a las normas externas, a las exigencias a las cuales suele responder sin cuestionamiento. Y es muy frecuente que estos chicos somaticen muchas veces lo que les pasa a nivel emocional, es decir que lo manifiesten a través del cuerpo, enfermándose.

Papá: más o menos, no sé si él se adapta tanto a lo que uno le dice.

Mamá: Sí, en algunas cosas sí, por ejemplo él es bastante quietito, no hace caprichos ni muchos berrinches, y por ejemplo, ahora que fuimos a Córdoba, en el río no quería ensuciarse las manos, o cuando come, siempre con los cubiertos, sino no. O con los juguetes, no le gusta que se los desordenen, prefiere tenerlos en la repisa, aunque no juegue con ellos.

Por supuesto que lo que yo les digo es algo que he podido inferir de las entrevista que he tenido con vos, de lo que vos me has ido contando, pero no es un diagnóstico porque yo no he trabajado con Tiago.

Por otro lado, y con respecto a la relación que hacen ustedes sobre la enfermedad de Tiago y los viajes del papá, me parece que ahí hay algo más. Cuando se va el padre y le suben los niveles no solo esta manifestando su angustia sino también la angustia de su mamá. Porque Tiago, cuando no esta su papá, se queda con alguien que lo sostiene y lo protege, te tiene a vos, pero ¿a vos quién te sostiene y te protege?

A la mamá se le llenan los ojos de lágrima, y asiente con la cabeza.

Papá: Por supuesto, eso es así, seguro.

Esto suele pasar, que los niños reflejen con su conducta, o bien a través de una enfermedad lo que sus madres están viviendo. Por eso muchas veces se recomienda que las mamás realicen un trabajo terapéutico para poder revisar lo que están sintiendo o viviendo y así, de alguna manera, no cargar al niño con sus propios problemas. Es algo que les puede servir.

Mamá: Y eso cómo sería, porque yo sé que donde llevamos a Tiago a hacerse los controles hay un grupo de psicólogos.

¿A dónde lo llevan?

Mamá: Al Notti.

Pregunten en el servicio de salud mental porque el equipo de psicólogos de allí es muy bueno y trabajan con mucha seriedad, y seguro los pueden ayudar.

Papá: Sí, yo he escuchado que también hay grupos de padres, que están buenos, porque transmiten su experiencia, y bueno nosotros también podemos ayudar a otros padres con lo que hemos vivido nosotros.

Mamá: También, la primera vez que fuimos nos dijeron que hay grupos de teatro con niños con diabetes.

Todo eso es muy importante y seguramente les va a ayudar mucho con todo esto que están viviendo. Desde mi lugar, yo espero que les haya servido lo que pudimos hablar y ver juntos y les agradezco por compartirlo conmigo y por toda la buena disposición.

Saludos.

ENTREVISTAS MAMÁ INÉS

Yo soy estudiante de psicología, estoy haciendo mi tesis sobre la relación madre hijo en los casos en donde el niño presenta una enfermedad persistente.

Los encuentros van a consistir en entrevistas abiertas en donde a lo que se apunta es a una conversación abierta, fluida, en donde sean las madres con sus experiencias, sus recuerdos, sus sentimientos los que guíen el encuentro.

Fundamentalmente, lo importante es que pueda contactarse con lo que siente y han sentido en su relación con su hijo y que responda desde ahí.

El ser madre es una experiencia única, pero como se suele decir el niño no nace con una manual bajo el brazo y muchas veces, las madres sienten confusión, ambivalencia, dudas y miedos que son totalmente aceptables y por decirlo de algún modo, normales.

Por eso es importante aclarar que yo no voy a juzgar o evaluar el vínculo entre la mamá y el niño sino al contrario, es un espacio en donde su experiencia y vivencias puedan ser puestas en palabras, comprendidas y escuchadas por ambas, a mí para mi tesis y a ustedes para su vida.

Yo tengo un nene de 5 años y ella que acaba de cumplir dos, y nada que ver una relación con la otra, nada que ver un embarazo con el otro, nada que ver nada con nada, es increíble, pero si vos me decís fue tu primer hijo y bueno vos no sabes de qué se trata, decís bueno será así, pero yo te digo que fue abrumador todo, desde que me quede embarazada, ya fue un embarazo horrible, que yo con mi hijo, te digo tenía una panza enorme y me levantaba de la mesa y me golpeaba la panza, era una cosa que ni me daba cuenta, nada, nada en cambio con ella no, fue re feo, al re poquito tiempo me empecé a sentir mal, estuve muy

decaída, muy mal anímicamente, justo ahí falleció mi papá, a las 9 semana de embarazo, y bueno fue todo una situación anímica, justo titularicé justo ese año (es maestra de jardín). Fueron un montón de cosas que me pasaron apenas me quede embarazada y ya te digo, me empecé a sentir mal, cansada, aparte que no estaba acostumbrada porque yo había pasado con mi hijo un embarazo tan lindo con el otro. Y te digo, nada que ver, después empezó a avanzar el embarazo y en vez de sentirme mejor me sentí peor, porque no sabes lo que era ésta adentro de la panza, bueno igual que es afuera, ¡insoportable!, pero es así, todo el tiempo me pateaba, no tenía cinco minutos de tranquilidad, que digas bueno, me siento, me relajo, no, no, no, era todo el tiempo, entonces yo sentía un rechazo, hacia ella, pobrecita, por más que ella no tuviese nada que ver. Yo por ejemplo con el otro, me entusiasme mucho con el tema de la ropa, bueno aparte que era mi primer hijo y con ella no, no me paso.

¿Querías quedarte embarazada nuevamente?

Si, si, fue buscado, totalmente, aparte lo planeé para que fuera a fin de año para no tener problemas con el trabajo, todo re sistemático, re planeado, por lo dos, con mi marido también, aparte no me quería quedar con un solo hijo, no en ese sentido fue re buscada y todo, pero si fue un rechazo terrible.

Entonces cuando nació, que fue lo contrario que me paso con el otro, sentí una culpa. Con el otro sentí rechazo cuando nació, con el primero, fue como que no me acostumbraba, yo decía y esto, que hago con esto, en qué me metí. Y bueno con ella no, me dio una culpa terrible. De hecho cuando yo estaba embarazada soñaba que me la sacaba yo, era una cosa que ya no la soportaba más. Encima, como era una cesárea programada (no se había dado vuelta), me decían no la semana que viene, y yo ya no aguantaba más. Así que bueno eso es lo que me paso, que después sentí una culpa muy grande, que la quería, va yo sentía que la tenía como muy agarrada, yo estaba muy encima, al contrario del otro, y nada que ver el carácter de él, no, él tenía seis meses y agarraba la mamadera solo, re independiente, desde siempre, tenía un año y medio y hablaba perfectamente, se

podía desenvolver en cualquier lado, a dónde lo dejabas, yo me quedaba tranquila porque él te avisaba si se había hecho caca, cualquier cosa, pero con la nena no. Con ella, al contrario, yo me sentía como muy encima, y yo trataba de decir no, para, y no me cuesta hasta hoy, me cuesta dejarla. Y encima cuando empieza con toda esta movida de la enfermedad, que empezó en realidad a los seis meses, que acá en Uspallata me dijeron que era la sexta, que se yo, pero no era eso, la dermatitis atópica. Y ahora, este otoño fue cuando le dio más fuerte, primero en el verano le dio un poco y después más fuerte, como nunca, le dio re fuerte, pobrecita que a mi ya me daban ganas de revolearla por la ventana, viste. Así que bueno, si yo me doy cuenta que estoy muy encima, y trato de parar, pero ella es una nena que recién ha empezado a jugar hace dos meses, porque pobre su cabeza solo pensaba en rascarse, pobrecita no podía hacer nada más, lo único que quería es estar a upa y si pobre el hermano nada.

¿Ante esta demanda constante de Fernanda, vos qué sentís?

Presión, porque no había un momento para mí, porque era así en el día quería upa y que estaba mal, llorona y en la noche se levantaba a las dos de la mañana y se volvía a dormir a las diez, es una cosa así y yo después tenía que venir a trabajar y no me daba el cuerpo, era una cosa que yo decía me quiero ir.

¿Durante el embarazo también trabajaste?

No, no, yo empecé a trabajar con los chicos y no era una cosa que no podía, porque me sentí re mal. Durante el primer año de la nena, si estuve trabajando todo el año, pero ella estaba bien, tenía sus momentos de crisis con la enfermedad pero nunca como ahora, que yo tuve que tomarme licencia, y ahora este lunes empecé. Pero lo que yo tenía era un cansancio físico, que como no dormía. Por ejemplo mi marido no tiene drama él no duerme y está bien, pero yo si no duermo, no sirvo. Por eso me tome licencia.

¿Cómo fue el parto?

Fue cesárea programada, no hubo problemas

¿Te acuerdas que sentiste la primera vez que lo viste?

Bien, no bien. Pero otro tema, por ejemplo, el tema del nombre, no le había pensado el nombre, decía no como voy a ser tan mala madre. Y bueno a mi me gustaba Ana y él, mi marido no, y él decía que Federica, que Renata, y ya tenía tres días y no tenía nombre. Era una cosa, que ni con un perro me ha pasado, pero si pobre criatura. Pero si, la primera vez que la vi lo que me dio fue la sensación de tener que protegerla porque la veía tan chiquita pero me decían no es chiquita tiene un peso normal, pero yo la veía, muy chiquita, muy indefensa, muy de cristal.

¿Le diste de mamar a Fernanda?

Si hasta los nueve meses. Cuando ellos querían. A ella le daba también en la noche.

Qué sentías cuando le dabas de mamar?

No, en el momento de amamantar re bien, con el otro a mi me encantaba y con ella también. Me costó un poquito más que se prendiera porque el varón viste que siempre es más rápido, y la nena por ahí no. Y después siempre tomo la leche bien, y lo que sí, que también lo hice con mi hijo, cuando le empecé a sacar la teta, porque le salieron los dientes y yo dije no ya esta!, yo seguía teniendo leche, pero me parecía lo más sano cortar, y con el varón me paso que le saqué la teta le enchufe la mamadera y agarro perfecto, a ella me costó muchísimo que agarrara la mamadera, no se la tenía que dar yo, le la tenía que dar mi marido, o la chica que la cuidaba, pero sí, me costó muchísimo. La escupía, vomitaba, no la quería y probé con veinte millones de leche y no, no era la leche, era la mamadera. Pero hasta que un día parece que ya tenía mucho hambre y la tubo que agarrar.

¿Cómo fueron los días posteriores al parto? Fue difícil interpretar las necesidades de él?

No, no, yo sabía siempre que le pasaba, los podía calmar, los entendí bastante.

.

¿Cuánto tiempo tenía Fernanda cuando tuviste que volver a trabajar?

No, cuando ella tenía cuatro meses, no ya era más grande.

¿Y con quién se quedaba?

Con una chica que la cuidaba.

¿Y se quedaba sin problema?

No, perfecto, siempre se quedo re bien, ningún problema, una vez ya de más grande que se puso a llorar pero no sé que le habrá pasado esa vez, pero después nunca más, se queda sin problema.

¿Si vos tuvieses que describir su forma de ser, cómo es ella, o su carácter, qué dirías?

Muchísimo más demandante, comparándola con el otro, es feo comparar, pero es el parámetro que yo tengo. Pero sí, muy demandante de mí, que por ahí es lo que yo veo, si ella quería upa era conmigo, con otro no. Mi hijo, por ejemplo quería upa y bueno con cualquiera estaba bien, ella no, era conmigo. Muy pegada, muy encima, y eso a mí no me gusta, porque yo sé que eso no es bueno, no es lo aconsejable, y yo trabajo con niños y yo sé, yo he visto casos así y después los ves, tienen cinco años y siguen igual, y no me gustaba, pero como te digo, tampoco me dejaba que la cuidara el padre.

¿Y ella cómo manifestaba que quería con vos?

Con un berrinche, llorando, lloraba, lloraba, lloraba, hasta que no alzara yo no paraba. Que ya te digo, de a poquito dijimos, se la tendrá que aguantar y hasta

que cada vez lloraba menos, y ahora bueno tiene una relación espectacular con el padre pero sí costó costo más que con el otro. Y también como yo no quiero una persona así, tan dependiente, así que yo me iba me encerraba en la pieza y bueno el primer tiempo era llorar, llorar, llorar y ya después se le fue pasando se fue acostumbrando.

¿Cómo es con respecto al sueño?

Ella generalmente llega molida a la noche, no le cuesta dormirse porque se duermen tarde tipo 11 o 12, no puedo hacerlos dormir antes, y llega muerta se duerme mal, pero después si se despierta a la noche, o sea una o dos veces por noche, o porque le pica o porque se pasa a la cama nuestra o porque se le cayó el chupete. Empieza a llorar, a veces se vuelve a dormir, si no se pasa a mi cama, pero si me levanto yo me hace berrinche en cambio si se levanta mi marido se vuelve a acostar en su cama.

¿Desde cuándo duerme sola?

Desde que nació duerme en su cuna y a los seis meses la pasamos a la otra habitación y duerme en su cama.

¿Se quedaba en el coche o en el moisés solita?

No, si no me veía no, si yo me iba empezaba a los gritos. Con el otro no, lo podías dejar en el corral y se quedaba, ella no como que siempre quiere con migo, que estuviera ahí, que me viera todo el tiempo, por ahí me iba a la cocina y lloraba. Y eso me pone a mi muy mal.

¿Cómo fue cuando empezó comer comida sólida?

Bien, la acepto sin problema, la comió re bien siempre. Lo que si noto es que ella tiene la dentición muy tardía a ella recién ahora le están saliendo las muelas, por ejemplo al otro ya a los ocho meses se sentaba en la mesa con nosotros y comía perfectamente solo, y ella no, yo la senté en la mesa con nosotros pero teníamos

que estar ahí viendo que no se ahogue, re atentos los dos porque cualquier cosa se ahogaba. Y eso también dificulta el tema de despegarme, hasta ahora se ahoga por cualquier cosa, es como que no sabe comer bien, mira que yo le doy de todo, nunca le he dado procesado. También es muy demandante en ese sentido.

¿Gateo Fernanda?

No, gateo muy poquito, nosotros la poníamos en una colchita y decíamos bueno arréglatelas, pero no se quedaba ahí, nunca tuvo esa cosa de ir , si quería algo lloraba. Y después le costó aprender a caminar, lo que pasa es que estaba muy baja de peso, ella bajo muchísimo de peso al año cuando se brotó por primera vez, porque comía pero no lo asimilaba, aparte no descansaba porque no podía dormir, entonces el cuerpo no se recuperaba, estuvo pisando la línea de desnutrición, este así que eso la retraso el tema de caminar. Mas o menos al año y tres meses empezó a caminar.

¿Ya ha empezado a hablar?

Todavía clarito no habla, se hace entender, pero con eso también es bastante vaga, habla, repite, se hace entender pero no habla, dice agua, mamá agua. Pero si yo lo veo como lento también a eso. Pero es que con el otro él era tan independiente, el primer día de jardín que tenía dos años se quedo sin problema, te veía y te decía ándate. Con ella ni me lo planteo el tema del jardín, porque va a ser terrible, por ahí no, quizás me sorprende, pero sí, es mucha la diferencia que hay entre uno y otro. Y si bastante floja me ha salido.

¿Ella usa pañales?

Si, avisa de la caca por un tema que ella empezó a tomar leche líquida, después me la cambiaron por la en polvo y se estriñó mucho, entonces se acostumbro desde muy chiquita a hacer caca en el baño, avisa por una cosa de costumbre, avisa y la llevas.

¿Y cómo aprendió a avisar?

Claro, es que como era tan estreñida, yo la llevaba y la sentaba porque decía pobre encima que no puede ahí re incómoda con el pañal, entonces ya a los seis meses ella ya hacía caca en el baño y de ahí se acostumbró, y ella se va sola al baño y te llama.

¿Antes de manifestar la dermatitis atópica, solía enfermarse?

No, para nada.

Muchas veces a las madre les cuesta volver a encontrar sus propios proyectos y objetivos de vida, ¿cómo es en tu caso?

Recién ahora, es como que puedo despegarme un poco, puedo venir a trabajar. A mi venir a trabajar es algo que me gusta, me relajo, me gusta mi trabajo. Pero sí, recién ahora. Venía a trabajar y aunque ella se quedaba con la chica re bien, mi cabeza estaba allá, no disfrutaba. Recién ahora puedo despegarme un poco.

¿Y ante esto vos qué sentís?

Frustración. Principalmente, muchas veces me siento como atada, ahogada, y digo por Dios, quiero irme aunque sea diez minutos a estar sola. Pero también mi problema era que yo no me iba, mi marido me decía anda, y yo me quedo aunque llore, siempre tuve ese apoyo de él, pero también yo no lo generaba, porque pensaba que si me iba no iba a estar bien y que por ahí no sé, hubiese estado, bien pero ni siquiera lo intentaba.

¿Y quedándote ahí con ella, como te sentías?

Frustrada, quería irme pero al mismo tiempo no, fue bastante difícil. Recién ahora, me estoy despegando un poco. Recién ahora hemos empezado a salir los dos solos, con mi marido. Creo que la primera vez que salimos solos, después que ella salió fue cuando ella tenía ya un año y medio, más o menos. Porque antes me acuerdo una vez que tuvimos un casamiento y la deje con mi mamá, y

me tuve que volver porque me sentía yo muy mal, ella ni problema, pero yo no lo estaba disfrutando. Yo creo que parte es mucho por todo lo que paso en el embarazo, tan feo, que me sigue todavía lo mismo. Y como te digo ya ahora vamos progresando, ahora por lo menos se queda con el padre y no tiene drama. Se va con el padre re bien.

¿Qué crees que fue lo que provocó este cambio?

Yo creo que los dos, bueno también se dieron las cosas. Mi marido antes trabajaba y ahora más o menos es como que se quedo sin laburo, también esta mucho más en la casa y yo como que me he podido despegar un poco más de ella, y quedarme tranquila yo.

Cuando yo me tomé licencia, fui a la psiquiatra porque no daba más y me medico, y ahí fue un cambio grandísimo que hizo él, o por ahí fui yo también la que lo dejé, pero ahí cambio mucho la relación porque yo me tomaba una pastilla y me dormía y no escuchaba más nada y durante ese tiempo se tenía que levantar él, por eso fue que ella también pudo empezar a estar más con él, ahí era yo la que no lo dejaba. Ahora parece que van más encaminaditos.

¿Cuándo fue la primera vez que Fernanda manifestó su enfermedad?

Y la primera vez, fue a los seis meses, pero acá me dijeron que era la quinta, la sexta pero yo hoy digo no porque es lo mismo que le pasa ahora. Y bueno, al año y dos meses empezó a brotarse y ahí empezamos a andar por todos lados, porque los dermatólogos me daban todos corticoides y yo no se lo quería poner, aparte que cada médico te decía una cosa distinta. La cantidad de médicos que la han visto, ella ve un guardapolvo blanco y grita o ve las escaleras del Notti y se desespera. Y bueno y desde ahí empezamos a andar, hicimos tratamiento con un homeópata y ahí fue lo peor, porque bueno nos había explicado que con esos medicamentos el cuerpo iba a expulsar todo, y pobrecita se broto que no le quedaba ni el agujero de la oreja sin ronchas, era una cosa terrible. Fuimos a

curanderos, era desesperante, porque verla así era horrible, no puede hacer nada, no puede comer, nada.

¿Qué sentiste vos en ese momento?

Impotencia, porque no podía hacer nada. En la noche se despierta y llora, llora, llora y no podes hacer nada. Ya le habíamos puesto las cremas con corticoide que era lo que yo no quería, le habíamos puesto de todo y nada, es más mi marido me decía que yo a la noche la agarraba y le decía “ya está pero cállate”, y yo no me acuerdo, pero si pobre porque es algo que ella tampoco lo quiere. Pero ya llegaba un punto en el que yo no sabía qué hacer.

¿Relacionas los brotes con alguna situación particular?

Mira yo le he buscado hasta la quinta pata al gato, he dicho ha comió tomate, yo lo que noto es que ahora como estuve de licencia y ella estuvo re bien, por tres meses no le puse nada, ningún remedio porque estaba re bien, yo empecé a trabajar el lunes, ese mismo día a la noche, se broto entere. Cuando yo deje de trabajar empecé otro tratamiento con la gastroenteróloga que me dio otra leche, y la verdad que yo no se si fue la leche o que yo baje un cambio y deje de trabajar. Yo empecé a trabajar y ella se brotó entera.

¿Y la leche la misma?

La leche la misma, y no comió ningún otro lácteo porque con esa leche no puede comer ningún otro derivado de la leche. Y bueno ella no comió nada. Justo coincidió también que mi marido estaba en Mendoza, yo estaba sola, justo empezó a trabajar y ella se quedo con la chica, que hacía un montón que no la veía, y salió le dio le dio un beso se quedó re bien, pero es lo único que vos decís puede ser, porque yo anoto todo lo que come y no, no encuentro ninguna relación con las comidas. Antes yo hacía eso le prestaba más atención a la comida, y no a estas otras cosas.

¿Alguien te ha comentado que puede existir esta relación con lo emocional?

Si, ahora me lo dijo la gastroenteróloga cuando le comente lo que paso, porque la llame y le conté y sí, me dijo que podía tener relación con eso.

¿Te has fijado si alguna vez Fernanda a reflejado tus estados de ánimo?

Si, muchas veces, cuando ella era más chiquita muchas veces ella lloraba, lloraba, lloraba y ya estaba cambiada, ya había tomado la leche y cuando yo paraba me daba cuenta que yo también estaba triste. O cuando estoy muy acelerada cuando bajo un poco ella también se calma. Y ahora esto, lo que pasa es que yo soy muy obsesiva con mi laburo yo si laburo laburo. Trato de no estar con ella cuando me pongo a hacer mis cosas para estar yo tranquila y por ahí me siento en la compu y son las 12 de la noche y como ella esta dormida yo recién ahí me pongo. Pero es que yo soy muy estricta con migo misma. Y por ahí estoy con ellos, pero mi cabeza está en otra cosa, en lo que tengo que hacer para mi trabajo, y yo creo que ella lo siente.

Lo que pasa es que también eso es un peso, porque yo me siento culpable. Yo el otro día hablaba con mi cuñada que es psicóloga y me dice mira te está manipulando con la enfermedad, me dice a ella le da re buen resultado eso.

Es la forma que ha encontrado de hacerse escuchar, es un pedido desplazado. Digamos ella dice “no me escuchan si lloro, no me escuchan si hago un berrinche, bueno a ver si me escuchan con esto, enfermándome”. Es una modalidad de relación que ya establecido entre ella y ustedes. Por eso lo importante es desaprender esto e intentar buscar otras herramientas más saludables para que ella pueda expresar lo que necesita, y todavía están a tiempo porque ella aún es muy chiquita.

¿Qué te genera ella a vos, ahora?

No sé, ahogamiento, si de decir ahí por Dios no la aguanto más, pero no lo digo no la dejo siga ahí machacándome. Siento que me quito espacio y tiempo y sobretodo tiempo con mi otro hijo. Es que con todo lo que paso es como que siempre la ampare siempre a ella y bueno el otro también era chico tenía tres años, y paso más de una vez de que el nene se acerco a darle un beso en el coche y la tiro, cosas así muchas. Sí, yo creo que me quito muchísimo tiempo con el nene.

¿Con todo lo que has vivido con quién te has sentido sostenida, contenida?

Por mi marido, muchísimo. Cuando yo estaba embarazada, estuvimos a punto de separarnos, y de decir bueno, hasta acá, porque yo estaba terrible y él pobre me sostenía, me sostenía, hasta que saturó y bueno tuvimos una crisis muy grande pero si él siempre me apoyo y me ayudo. Bueno también mi mamá, lo que pasa es que ella tiene una relación muy especial con mi nena, que no tiene con los otros nietos. Por ejemplo le hace una comida y dice esto es para la Fernanda, para el Renzo no, Y yo digo para, él también es chiquito. Pero sí tienen una relación muy especial, cuando vamos a Mendoza ella no quiere saber nada con migo quiere solo con la nona.

¿Con respecto a su enfermedad y la relación que encuentran con que vos hayas vuelto a trabajar, a nivel emocional, qué crees que te está queriendo decir?

Yo creo, que más que nada es que yo no puedo cumplir los horarios yo salgo de mi trabajo y sigo con mi cabeza en eso, siempre estoy como muy atenta a todo lo que tengo que hacer en el laburo. Es como que yo soy muy dependiente de mi trabajo y dejo lo que es de mi casa. A mí me gustaría ser más relajada, pero soy así y a veces lo intento y digo esta tarde no hago nada y me quedo con los chicos, pero la cabeza me sigue maquinando y no me puedo desconectar, y es más yo en el laburo no tengo presiones de nada, si yo no hago por ejemplo los

informes hoy los puedo llevar mañana y no hay problema, nadie me exige, soy yo.

ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN: MAMÁ INÉS

Esta última entrevista va a consistir en gran parte en una devolución de lo que yo he podido ver en los encuentros anteriores, y de lo que junto con la psicóloga que supervisa mi tesis, hemos podido ir relacionando y analizando. Para que ustedes no sientan que solo han dado información y reciban una devolución sobre todo lo que hemos hablado.

Antes de darte mi devolución, pensé en una pregunta que me gustaría hacerte, que me parece importante que puedas pensar, sino puedes contestarla con seguridad, por lo menos intentarlo.

La pregunta es:

¿Qué mensaje crees vos que intenta transmitir Fernanda con su enfermedad?

(Se le llenan los ojos de lágrimas) Yo creo que ella me reclamaría lo de la panza o también que es terrible la vida que llevan o que es terrible tener un hermano, no sé. Pero yo creo que lo primero es el rechazo que yo sentí hacia ella, también mi hijo estuvo mal y lo reflejo, cuando me quede embarazada empezó a pegar en la escuela, yo creo que sí, el mensaje sería porque sentí tanto rechazo hacia ella.

Con respecto a lo que yo he podido observar es en relación a lo que vos me contabas de lo demandante que es Fernanda con vos, y es que ella busca y va a seguir buscando aquello que siente que no ha recibido. Es como que

ella con su demanda no responde a una nena de dos años que ya empieza a separarse de su mamá, sino que es como un bebé pequeño que todavía necesita de un cuidado especial, que reclama atención y cuidados permanentes.

Un niño desde que nace y casi hasta los dos años requiere de atención, mirada, sostén y afecto permanente, ya que esto es lo que permite a una persona ir armando su confianza básica, que es la seguridad en sí misma y en los demás. Es lo que posibilita un desarrollo saludable.

Fernanda con su piel toda brotada pide a gritos ser acariciada.

Pero para lograr esto, la madre debe estar disponible no solo físicamente sino emocionalmente, es decir con presencia afectiva.

Vos me contabas que por momentos sentís cierta ambivalencia cuando necesitás quedarte con Fernanda porque si te vas te sentís mal pero si te quedas con ella, al mismo tiempo te sentís frustrada, atada, ahogada.

En relación a esto y a lo que le está ocurriendo a Fernanda en su piel, te recomiendo que veas la posibilidad de empezar un tratamiento terapéutico, que seguro les va a hacer de mucho bien a ambas.

Si, por supuesto. Yo creo que lo que ella necesita es un poco más de mí, pero a veces me es tan difícil.

Yo ya he hecho terapia, antes de casarme fui bastante tiempo, y me hizo re bien, pero después me vine para Uspallata y se me complicó, pero sí, yo quiero ver si puedo empezar, lo que pasa es que ahora estamos sin auto y para ir hasta Mendoza en micro es re complicado. Pero a penas pueda voy a empezar.

Cuando lo puedas hacer, va hacer bueno para vos y para tu hija.

Saludos y agradecimientos.