FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UBA

MATERIA: Psicopatología Infanto Juvenil

TITULAR: Prof. Adjunto Carlos Eduardo Tkach

TEÓRICO: Miércoles 12-10-16

DOCENTE A CARGO: Graciela Manrique

Buen día. Vamos a empezar hoy con el tema de carencias maternas. En realidad, el módulo se llama "parentalidad" que es bastante más amplio que la temática de carencias maternas. Vamos a ver un poquito de la noción de parentalidad, por qué la tenemos en cuenta cuando estamos estudiando psicopatología infanto-juvenil, y después vamos a ir desglosando las diferentes cuestiones que se plantean en torno a la parentalidad, y desde la parentalidad en torno a la figura de la madre, el ambiente, la figura del padre, o ambos, y que se han ido denominando carencias afectivas, carencias maternas todo lo cual se relaciona con todo lo que veníamos viendo. Es decir, son temáticas importantes porque involucran u observan el vínculo que se establece entre el bebé y el ambiente que lo acompaña en la crianza y su desarrollo subjetivo. Y como vimos, la función del ambiente es importantísima como co-metabolizador de las angustias y como facilitador del establecimiento de un modo de funcionamiento psíquico saludable o no saludable.

En cuanto a la parentalidad, es un término que se refiere a aquella estructura subjetiva que se configura o que se pone en marcha ante la aparición de un hijo para el padre y para la madre. Al decir que se configura en ese momento, quiero señalar que es una función inexistente, que abre una nueva área de la subjetividad en donde obviamente van a entrar en juego todas las estructuras funcionantes y lo que haya sucedido en la historia de ese sujeto en particular. Esto se irá articulando con lo que este bebé ofrece y con las condiciones que tengan que vivirse en ese momento.

Ajuriaguerra habla de tres estructuras diferentes que se articulan en lo que es la parentalidad y las distingue en función del tipo de vínculo que va a considerar en cada una de ellas. Es decir, toma en cuenta el vínculo díaco, entre la madre y el bebé y el padre y el bebé, y esto da cuenta de cierta vertiente en la parentalidad en donde se juega aquello que tiene que ver con este bebé concreto y con la crianza y la manipulación, el handling diría

Winnicott, de este bebé en particular con las características que ofrece, el bebé real, ese que está allí. Entonces en esta vertiente de la parentalidad van a entrar a formar parte muy importante las características de ese bebé y ahí entra todo lo que tiene que ver con cualquier cuestión de compromiso orgánico o cualquier cuestión genética que aparezca en ese momento y que le da cierta modalidad al modo en que se establece la parentalidad con este bebé. Pensar la parentalidad de esta manera, digo pensarla como la piensa Ajuriaguerra, tomando distintas estructuras dentro de la estructura misma de la parentalidad, permite también explicar mejor las diferencias que se dan entre los mismos padres con distintos hijos. Allí entra en juego el momento en que aparece ese hijo, las características que trae ese bebé, y también qué es lo que comienza a tallar en ese vínculo desde el lugar de los padres que si bien son los mismos para todos los hermanos, cada uno de ellos genera en los padres algo particular inédito, como lo es cualquier encuentro humano. Veremos aparecer cuestiones distintas, incluso en algunos casos podemos ver funciones parentales saludables con algunos hijos, y que con algún otro aparece allí algo que genera dificultades serias, no solamente desde los padres sino también desde el bebé, porque lo que se pone en juego en ese vínculo de padres a hijos se retroalimenta constantemente. Entonces no está solamente aquello de lo que los padres disponen para recibir a un bebé en particular sino también qué es lo que el bebé trae y de qué manera ambas cosas se van articulando. Entonces decíamos, una primer estructura dentro de la parentalidad es esta que se refiere al vínculo diádico, cuyo modelo es generalmente la vinculación madre-bebé. Tengamos en cuenta que estamos hablando de nuestra cultura y de nuestra modalidad de crianza. La vinculación madre-bebé es el modelo en aquellas culturas donde la alimentación del bebé es del pecho y eso hace que la madre sea la primera figura indispensable y la que está mayor tiempo en contacto con el bebé desde recién nacido y durante el primer año. Esto no ha sido así en todas las culturas, y no lo es tampoco en nuestra cultura en todos los grupos sociales. Cosa importante a tener en cuenta porque uno a veces escucha relatos de una historia sin darse cuenta que lo hace partiendo de un cierto prejuicio que es aquel que tiene como si fuera la norma, y la norma es incluso diferente dentro de una misma sociedad según el grupo cultural al que pertenece.

Es bastante habitual que personas que vienen a vivir a la Argentina, inmigrantes de países limítrofes, dejen a sus hijos a cargo de los abuelos en otro país hasta establecerse. Que después hayan idas y venidas de los padres, siendo su presencia bastante discontinua. No en todos los casos eso implica algo en detrimento del desarrollo subjetivo del niño o que vaya a generar patología. Allí habrá que ver de qué manera se produce, cómo es la figura de quien esté a cargo, qué tanta continuidad tiene con ese vínculo. Es decir, se habla de carencias maternas pensando en la figura que establece ese primer vínculo en donde el bebé se va constituyendo subjetivamente. Pero de todas maneras es importante tener en cuenta las diferencias porque puede llevar a confundir elementos dándoles un valor que no es el que tienen en ese caso particular.

En esta primera modalidad que considerábamos de la parentalidad, hablábamos de este vínculo diádico, hablo ahora de la madre y el bebé pero también hay un vínculo entre el padre y el bebé, que no se exploró especialmente en los primeros tiempos del psicoanálisis de niños pero que después empezó a tener mayor importancia no solo por la relevancia que tiene para la madre tener al padre de su hijo acompañándola en la crianza, sino por lo que implica también para el bebé el vínculo con un otro en una relación diádica en ese momento tan inicial. Y las diferencias que se dan en ese modo de vincularse y cuánto esto incide en todo lo que se va configurando en el bebé desde el inicio.

Desde las teorías de género, por ejemplo, se ha tenido muy en cuenta esto porque el modo de vinculación es diferente y las primeras identificaciones de género provienen de este modo distinto de vinculación con características propias en el modo de contactarse y en aquello que se espera del bebé; la manera que se establece el vínculo es distinta desde el padre y desde la madre y esto genera experiencias que el bebé va incorporando y que mucho antes de llegar a la resolución del complejo de edipo, antes de los tres años, van estableciendo identificaciones que hacen a esta identidad de género, que después a lo largo del desarrollo y a medida que se van atravesando las distintas etapas se culminará después una identidad sexual; pero también hay una identidad de género y hay concordancias y discordancias entre ambas, hay enriquecimiento mutuo o por lo menos las identificaciones de género hacen a

una identidad sexual mucho más rica en el caso de que se hayan llevado a cabo de manera exitosa y que estén bien articulados. Así que la relación diádica con ambos padres también tiene una enorme importancia en cuanto a la subjetividad de ese bebé.

La preocupación que preside esta modalidad de parentalidad, que tiene que ver con la educación, es la preocupación acerca de si se va a poder cuidar a ese hijo, es lo que Stern por ejemplo pone sobre el ruedo cuando habla de que la constelación maternal. En la madre aparece la preocupación por la heteroconservación, es decir, se siente como única responsable de que ese bebé pueda mantenerse vivo.

Si bien no es la única responsable, es saludable que pueda acceder a esto porque hace a su disponibilidad para ese bebé. También es cierto que dependerá de la manera en que ésto incida sobre la mamá: en algunas circunstancias, por cuestiones de la historia de una determinada madre, esta responsabilidad respecto a la conservación de su bebé pasa a ser la única responsabilidad, pasa a ser una obsesión, y pasa a ser una angustia pensando que ese bebé se puede morir. No es lo más común pero sí se escuchan muchas veces madres que hablan de los primeros días o de los primeros meses de su bebé, que a lo mejor no presentó ninguna dificultad al nacer, hablan, decía, de no haber podido dormir y tener que levantarse durante la noche para ir a ver si estaba vivo. Esto no es lo mismo que otra madre que diga que tenía el sueño más liviano porque se suponía que el bebé se iba a despertar y quería estar disponible. Y en ambas cuestiones se está jugando lo mismo: una mamá que quiere estar disponible por si su bebé necesita algo, lo hace por el amor que siente por ese bebé, pero ese amor conlleva el cuidarlo de todos los riesgos, y uno de esos riesgos es que tenga alguna complicación de salud que ponga en riesgo su vida, pero no es lo que aparece en primer plano entonces esto da cuenta también del modo en que se va tiñendo este vínculo con cada bebé en particular.

La otra estructura de la cual Ajuriaguerra habla respecto a la parentalidad es la estructura que tiene relación con la relación triádica en donde lo que se está jugando ya no es tanto aquello que proviene de la relación con el bebé concreto, real, sino más bien con el niño fantaseado. Allí se juegan todas las cuestiones edípicas de los padres en relación al hijo y en la relación de pareja

lo cual, proyectado ese hijo, tiñe a ese hijo fantaseado de algunas características en particular para esos padres que se van a poner en marcha y van a estar presentes en el vínculo que establezcan con él y en cada momento de ese vínculo, obviamente del lado inconciente, pero de todas maneras muy presentes y a veces clínicamente detectables en algunas características o modalidades de vincularse. Estos son los datos que nosotros tenemos que escuchar en el consultorio. Así como yo decía en el caso anterior que casi todas las mujeres hablan de un sueño liviano o dificultades para dormir con un bebé recién nacido, o en los primeros meses, en cada una de ellas, según la manera en que lo dice, a qué cosas se refiere, cómo lo cuenta, cuales son las cosas que nos traen en su relato, vamos a ver las diferencias, como lo señalaba antes. En el caso de esta relación triádica también, y esto es lo que tenemos que tratar de pesquisar cuando estamos siguiendo a un paciente y vamos escuchando lo que los padres nos comentan. Esto es lo que nos interesa de esta estructura de la parentalidad desde el punto de vista de la psicopatología infanto-juvenil. Saber pesquisar de qué manera de estas cuestiones tan complejas que se ponen en juego en el vínculo entre padres e hijos, han estado presentes, y qué efecto tuvo esto sobre ese hijo.

En este segundo caso decía que se pone en juego esa relación triádica que tiene que ver con ese bebé fantaseado y los contenidos inconcientes que circulan entre los padres cuando pensamos en esta estructura de la parentalidad son aquellos que tiene que ver con la rivalidad edípica, es decir, el ser padres los coloca en el lugar de acceder al lugar que han tenido sus padres dentro de la estructura y allí se jugarán diferentes cuestiones que seguramente se dejarán entrever por el modo de vincularse con ese hijo.

La última estructura que señala Ajuriaguerra la llama estructura simbólica. Ya no tiene que ver ni con el hijo real ni con el hijo fantaseado sino que él la relaciona con el hijo imaginario. Es aquello que se pone en marcha en relación al deseo de tener un hijo. El deseo de ser padre o el deseo de ser madre y el lugar que el hijo tiene en ese deseo. En este deseo de tener un hijo más que jugarse la relación triádica, es decir, más que tener vigencia aquello que está relacionado concretamente con la resolución de la problemática edípica, entra en vigencia una cuestión transgeneracional. En el deseo de tener un hijo se juega la posibilidad de abrir a una descendencia y la prolongación de una

estirpe familiae. Está relacionado con el mito de los orígenes y con aquello a lo cual ese bebé va a acceder en el seno de esa familia desde el imaginario de los padres. Esto ha sido tomado de diferentes maneras para mostrar la incidencia que tiene por muchos autores. Piera Aulagnier habla de lo que implica este deseo de hijo y lo distingue de lo que es el deseo de maternidad, habla de las consecuencias que tiene esto en el vínculo que se establece con ese bebé y las estructuras que se van constituyendo en esa subjetividad en tanto el lugar al cual se accede en esa familia. También se habla de la importancia de un cierto contrato narcisista con ese bebé que acaba de nacer, contrato donde justamente se juega esto que es ser la generación siguiente, entrar en una línea de generaciones, perpetuar de alguna manera esa familia y al mismo tiempo acceder a un linaje que le da un origen que permite un desarrollo subjetivo. Esto se lo denomina contrato en tanto hay un establecimiento de algo abierto. En general se espera que ese hijo sea heredero de la familia en tanto lleva ese apellido y comparte ciertas tradiciones relacionadas con determinados ideales. Mientras se permita o tolere que ese hijo le agregue a todo esto su propia diferencia, hablaremos de un contrato. Cuando no se trata de un contrato sino de un pacto, en el que lo que es necesario es repetir aquello que había sucedido en generaciones anteriores, entonces esto ya no da acceso a un desarrollo subjetivo saludable sino que genera consecuencias graves. Por ejemplo, para quienes están haciendo la tutoría, allí estamos viendo un material clínico en donde el bebé llega desde lo que la madre espera a reemplazar a un hijo que ha muerto. La madre dice concretamente: -Yo quería quedar embarazada enseguida porque pensaba que iba a nacer el mismo, con una actitud renegatoria importante. No es psicótica, no es que no se da cuenta que el que nace no es el que se murió. De todas maneras esto tiene un enorme peso, y lo tiene realmente en el modo en que establece el vínculo con ese bebé cuando nace y se da cuenta claramente que no es el mismo, y esto genera obviamente consecuencias que se van viendo a lo largo del material. No es lo único por supuesto, pero da cuenta de lo que sucede con una subjetividad que se está constituyendo, tienen una importancia que realmente hay que subrayar en este caso en particular.

Aquí en este último aspecto que decía yo de la parentalidad, se juegan cuestiones que tienen que ver con lo transgeneracional. Aquí entra también

todo lo que se ha teorizado respecto a lo transgeneracional, secretos familiares, aquello que no ha sido dicho y luego no puede ser pensado, y queda enquistado en la subjetividad dando lugar a patologías gravísimas y que a veces cuesta mucho tiempo dilucidar a lo largo de un proceso de tratamiento hasta poder descubrir lo que estaba enquistado y que está dando lugar a consecuencias que detectamos en el paciente.

Me acuerdo ahora de una cuestión particular en un paciente relacionada con lo transgeneracional. No de varias generaciones sino de un padre a su hijo pero que era un secreto. Hace de esto muchos años, digamos que habrá sido en los años 80 y pico, una vez terminado el proceso. Yo recibí un paciente que tenía en ese momento 7 u 8 años con dificultades escolares, con problemas de conducta en la escuela pero no problemas en donde fuera agresivo con los demás sino que era desobediente, se portaba mal. Empecé a trabajar con este chico y me empezó a llamar la atención que los juegos eran cada vez más sádicos con ataques violentísimos entre los personajes dentro del juego, y haciendo alusiones a torturas, a cosas muy específicas. Vuelvo a repetir, eran los años 80 y pico, recién restablecida la democracia, y todo esto en la cabeza de todos nosotros tenía mucha vigencia. De todas maneras los padres no habían hecho alusión a nada en particular al respecto. Lo cierto es que a medida que avanzábamos el paciente se mostraba cada vez más inquieto, tanto en el consultorio como fuera de él. Junto con esto empiezan a aparecer crisis de angustia muy severas en el papá que incluso por un tiempo deja de trabajar porque tenía estas crisis en cualquier momento y en cualquier lugar, y lo tenían que ir a buscar porque se desesperaba. Pasado un tiempo, e intentando cercar esta problemática, cito a los padres a una entrevista, donde comparto con ellos lo que venía observando. En el curso de esa entrevista el padre comenta por primera vez conmigo y a su mujer, que él había estado desaparecido, que había sido torturado y que finalmente había logrado salvarse y esto había pasado antes de que este bebé naciera por supuesto. Y aparece esto en realidad a partir de que yo les digo lo que veo en su hijo, que hay algo que me llama la atención, que yo veo que este chico hace juegos en los que me parece llamativo que aparezca la tortura de manera vívida. Es cuando el padre dice esto que había mantenido oculto y casi renegado al punto de no haberlo compartido con su mujer. Esto aparecía en el hijo, o siendo algo

que él nunca había escuchado y que por lo tanto no habría podido pensar, simplemente aparecía en el juego de manera repetitiva y compulsiva y era fuente de una enorme ansiedad. Como un resto de traumático ; él funcionaba como si hubiera quien había pasado por esa situación traumática que nunca había vivido..

Entonces, como vemos, lo que se pone en marcha en la subjetividad de los padres al momento de la aparición de los hijos son cuestiones muy complejas que conmueven toda la historia. De hecho, y ahora pensando en pacientes adultos, muchas veces vemos cómo la aparición de un hijo genera un quiebre importante en una subjetividad porque hay cierta endeblez que no tolera, no puede elaborar, metabolizar este cambio subjetivo que conmueve a toda la subjetividad. Y en otros casos, la aparición de un hijo conmueve a la subjetividad de manera tal que brinda una oportunidad de organizarse de otra manera más saludable que la que estaba en vigencia hasta entonces. Es decir que, como cualquier situación de crisis, como lo es la paternidad o maternidad, teniendo presente que crisis no quiere decir algo malo, crisis es algo que implica una reorganización que da cuenta de que lo que había hasta aquí no alcanza y que hay que generar algo nuevo para incluir esa experiencia o ese dato de la realidad en la subjetividad. Como cualquier situación de crisis tiene muchos riesgos pero también tiene la posibilidad de que se pueda salir enriquecido de esa situación. Lo mismo sucede con la adolescencia, con la pubertad como situación es una situación crítica que hace que ese momento de la vida sea un momento crítico donde podrían aparecer patologías antes inexistentes y relacionadas seguramente con esa crisis, o podrían resolverse cuestiones que hasta entonces. Winnicott resalta que la regresión se pone en marcha en momentos de crisis, y que esta regresión volver hacia atrás y resolver o traer al día de hoy con nuevas herramientas aquello que había quedado atrás y que no había podido ser resuelto. Entonces las crisis tienen eso azaroso. Se sabe que es un momento crítico y no se sabe a ciencia cierta qué va a resultar del atravesamiento de esa crisis.

Por eso también los tratamientos en los momentos de crisis uno podría pensar que tienen un enorme valor preventivo. Si lo que iba a suceder con esa crisis en una subjetividad particular es que generara un desbalance y que diera lugar a una patología, si esa crisis se atraviesa en un proceso de tratamiento,

posiblemente podamos ayudar a que este desbalance no se produzca y que la crisis se pueda atravesar con éxito dando lugar a una subjetividad renovada y con mayores posibilidades.

Es muy importante todo esto que se juega en los padres al momento de encontrarse con el hijo porque va a teñir ese vínculo, la modalidad de crianza y el lugar que va a tener ese hijo para los padres de ciertas características particulares que son decisivas en alguna manera en las posibilidades de establecer o no una subjetividad saludable. De hecho, Golse, que es un psiquiatra francés que ha hecho grandes articulaciones entre el psicoanálisis y enfoque de la pediatría y la neurología, neurológicas y con lo que se conoce como funcionamiento del sistema nervioso central, habla de una psiquiatría de la perinatalidad, y se refiere a esto pensando en aquellas complicaciones psicopatológicas que se van a dar en el momento de los primeros meses de vida del bebé. Complicaciones psicopatológicas que posiblemente se den en la madre, no establecidas como tales en el bebé. De todas manera él dice que la psiquiatría de la perinatalidad es una psiquiatría de la interrelación, aún en la madre, porque aquello que se produce en ella y que la lleva a establecer determinado vínculo con el bebé, tiene consecuencias en el bebé que responde ante esto de determinada manera según sea su propia capacidad para metabolizar eso y retroalimenta esto que la mamá había puesto en el bebé. Se trata de un ida y vuelta que va generando un círculo vicioso en donde la patología queda establecida.

Golse habla también, y ahora referido al bebé específicamente, de dos cosas que me parecen importantes. Una es que para que ciertos rasgos psicopatológicos de la madre tengan un efecto importante en el bebé, es necesario que la madre tenga estas características, que el bebé no tenga recursos para metabolizarlas y el resto del ambiente familiar no haya podido acceder a ofrecerle otras posibilidades a ese bebé. Esto para cualquier cuestión, no solamente para cuando hay una cuestión psicopatológica en la madre. Puede haber situaciones vitales de cualquier tipo: enfermedad de la madre, muerte, una depresión, cuestiones externas a la familia, cuestiones sociales, tener que mudarse, un problema económico, montones de cosas que pueden incidir y allí es importante tener en cuenta esto, qué es lo que está sucediendo, qué elementos tiene el bebé para metabolizar eso, los que tiene

esperables por el momento de la constitución subjetiva en la que está y los que tiene por sus propias características. También qué otros resortes dentro del ambiente familiar podrían haberse puesto en marcha a fin de evitar esas consecuencias sobre el bebé. Esto también es importante tenerlo en cuenta no solo cuando estamos estableciendo un diagnóstico, cuando estamos conociendo a un paciente y estamos empezando a pensar qué es lo que ha sucedido con este paciente en particular, sino también cuando tenemos entre manos algún paciente y aparecen este tipo de acontecimientos. Lo que decía Jerónimo el otro día respecto a su paciente, lo que pasa con la situación de la madre, de qué manera ir interviniendo con esta abuela a fin de que pueda ir sosteniendo lo mejor posible dentro de su situación que es terrible un espacio un poco más saludable para esta nena. Todo eso lo tenemos que tener en cuenta justamente por esto que dice Golse: se trata de considerar lo que está sucediendo, las herramientas que tiene ese paciente en particular para atravesar eso que sucede, y qué otros co-metabolizadores se le puede ofrecer dentro del medio en el cual está.

La otra cuestión importante de la que habla este autor en cuanto a la psiquiatría de la perinatalidad que tiene que ver con ese círculo, que en caso de dificultades es un círculo vicioso y, cuando la situación es saludable se trata de un círculo virtuoso donde ambos van estimulando en el otro una nueva complejización que los enriquece. Decía, lo otro que subraya en esto, son las consecuencias de esta interrelación en la maduración neurológica del bebé.

Refiriéndose concretamente a estudios que se han hecho respecto al desarrollo del lóbulo frontal, habla de una serie de cuestiones que finalmente dan cuenta de lo que desde el psicoanálisis Hochmann había planteado como proceso autistizante, en ciertas patologías graves. Si bien algunas veces estas aparecen establecidas desde el inicio, en general no lo están y empiezan a aparecer generando rápidamente mayores consecuencias que son cada vez más devastadoras para que ese vínculo entre la madre y el bebé sea saludable y pueda acompañar el desarrollo del sistema nervioso central, que no está terminado al nacer y se desarrollando en función de las conexiones sinápticas que se van estableciendo en la interacción con el medio. El funcionamiento del lóbulo frontal adquiere modalidades distintas, aún en la percepción. Entonces esto hace a la importancia de estar muy atentos en ese momento y estar muy

atentos a lo que a posteriori se nos pueda comentar respecto a ese momento. Es importante saber de un paciente que recibimos cómo era de bebé. Los padres lo van a dejar traslucir en lo que comentan de anecdótico o no respecto a ciertas cuestiones de crianza. Esto de: “Era tan tranquilito que si no lo íbamos a buscar para comer nos olvidábamos de que teníamos un hijo”, esto por ejemplo es llamativo. Un bebé saludable no es así. Tampoco es necesario que esté todo el tiempo pataleando, llorando y gritando, pero un bebé no puede pasar desapercibido. Si pasa desapercibido algo estará sucediendo, y además algo que fue tomado de esa manera por los padres. Digo como para ir tomando en cuenta qué es lo que escuchamos en lo que los padres nos dicen. Seguramente nos van a relatar algunos hechos. De todas maneras nosotros no tenemos que tomar a los padres como informantes en el sentido de que ellos traen para que nosotros consideremos una realidad que es un hecho concreto así tal cual lo que ellos están contando. Ese es el registro que ellos tienen de eso y la manera en que lo cuentan, la explicación que se da, todo eso hace a cómo es la relación de ellos con ese hijo, qué es lo que ese hijo recibe en este vínculo, y eso nos ayuda a pensar qué es lo que le pasa y a entender lo que planteen en las sesiones desde lo que él está viviendo. No podríamos pensar ninguna intervención desde nuestro parecer sino desde lo que él vive.

Vamos ahora a otras cuestiones específicas que se dan en el marco de esta parentalidad, cuestiones que tienen que ver en principio con las primeras relaciones, es decir, con la función maternante, con el ámbito social o con las características de esa familia, con la relación de pareja, si es que existe una relación de pareja y si no la hay también, que dan lugar a situaciones que se han denominado de distintas maneras a fin de poderlas visualizar con claridad cuando las nombramos es decir cuando hablamos de que el paciente ha sufrido carencias afectivas o que hay una discontinuidad o distorsión en el vínculo y demás. Esto es lo que ahora vamos a empezar a pensar.

Respecto a los primeros momentos y el primer año de vida, y esto después sigue teniendo vigencia más adelante pero con consecuencias distintas, hablamos de complicaciones en el vínculo de los padres y los hijos, o de las madres y los hijos con características de insuficiencia, discontinuidad o distorsión. Estas situaciones que podrán ser metabolizadas de diferentes maneras y generando consecuencias diversas.

Por un lado tenemos qué es lo que está sucediendo en ese vínculo, de qué manera es recibido por ese bebé, y por otro lado tenemos que tener en cuenta en qué momento de su desarrollo subjetivo, su constitución subjetiva se encuentra ese bebé. La articulación entre estos elementos da lugar a consecuencias muy distintas. No siempre una discontinuidad en el vínculo con la figura maternante va a generar consecuencias irreversibles pero a veces puede generarlas.

Una separación de la madre podría resolverse rápidamente cuando hay una revinculación con esta madre, pero tenemos que tener en cuenta hasta donde ese bebé podría representar esa separación como una no presencia o se convertía para él en una ausencia o una pérdida. Todo esto genera consecuencias muy distintas y también posibilidades diferentes de que esas consecuencias sean reversibles o no lo sean. No siempre dan lugar a una patología grave o evidente, digo en cuanto a los síntomas. Sin embargo esto menos evidente sintomáticamente puede no ser es menos grave a los fines de las posibilidades subjetivas. Tengamos en cuenta todo lo que teoriza Winnicott sobre el Falso Self, la adaptación y de la sobreadaptación y cómo esto podría pasar desapercibido y no ser reconocido como un motivo de sufrimiento subjetivo cuando en realidad lo es, no solo sufrimiento subjetivo, sino pérdida de posibilidad subjetivante que en algún momento podría hacerse irreversible.

Bueno, cuando hablamos de la insuficiencia de los cuidados maternos, ahí tenemos que tener presente todo lo que Stern teoriza respecto a la constelación maternal, cuales son esas modificaciones que es esperable que se den en una mamá que está a cargo de su bebé en los primeros meses y lo que Winnicott habla sobre la preocupación maternal primaria. Son cambios bastante asombrosos, importantes, si no hubiera allí un bebé sospecharíamos que esa mujer está loca, llega a decir alguno de estos autores, porque es un cambio llamativo en su modo de funcionamiento, en la manera en que su libido se reparte en el mundo y consigo misma, y esto es lo que se produce en función de poder estar disponible para ese bebé. Si no estuviera en esas condiciones no podría estar disponible de esa forma. Todo esto incide en la posibilidad de que esos cuidados maternos sean o no suficientes.

La insuficiencia en los cuidados maternos se refiere principalmente a una falla del investimento, los cuidados son insuficientes porque ese bebé no está investido suficientemente y entonces no produce esto que se hubiera producido para dar lugar a esta constelación maternal o modo de funcionamiento que es necesario para que la madre del recién nacido lleve a cabo su función.

Las consecuencias de esta insuficiencia dependerán de cuánto tiempo dure la situación en la cual hay una insuficiencia en los cuidados y además de quién más está allí para proporcionar estos cuidados. Esto tiene importancia en el seno de una familia y en internaciones por cuestiones clínicas o en situaciones donde la internación es en alguna situación de guarda porque la familia no puede hacerse cargo o porque murieron etc.

Estas son cuestiones que vienen siendo pensadas desde hace muchos años, hizo falta que desde la medicina hubiera un progreso suficiente para que la mortalidad infantil fuera menor y hubiera herramientas para acompañar ciertas complicaciones en los bebés y entonces se cayó en la cuenta de aquello que Spitz describió como hospitalismo o depresión anaclítica. En un determinado momento con un bebé internado lo importante era que no se muriera, el resto se daba por hecho, si permanecía vivo estaba bien.

Esto se replantea hoy en todos los progresos que ha hecho la medicina en función de prematuros y enfermedades genéticas que generan dificultades serias en los primeros meses, este enorme progreso se tiene que ir acompañando también de la necesidad de tomar en cuenta las consecuencias subjetivas que tiene para un bebé atravesar todo eso. Es importante mantenerlo vivo pero también es importante plantearse en qué condiciones se va a mantener vivo a ese bebé en ese momento y a posteriori, cuál es el sustrato sobre el cual va poder seguir creciendo y subjetivándose.

Para los que estén haciendo sus prácticas en Sarda, allí tienen el programa de maternidad centrado en la familia; la atención de los prematuros incluye la presencia de la madre al lado de su bebé (como la mayor parte de los lugares hoy) aún cuando esté en incubadora, aún cuando casi no lo pueda tocar, pero sí que su voz esté presente. Que sea ella la que lo manipule en la medida que sea posible y demás, pero no solo la presencia de la madre, sino toda la familia. Esto se ha ido ampliando a todos los servicios de neonatología, hay día de visita los abuelos, en Sarda también de los hermanos. Esto da cuenta de

todo lo que se pone en juego en la parentalidad, para esos padres el encuentro con ese bebé es ese bebé real, con esas características y con esas dificultades; es también lo que ellos suponen que significa ese bebé su deseo y para la familia, de ahí la importancia de la presencia de los abuelos, no solo tendrán como función ser sostén de los padres, sino además el invertir a ese bebé desde ese lugar, que le va a llegar al bebé a través de que los padres van transmitiendo de lo que es pertenecer a esa familia; y por supuesto el establecimiento de un vínculo con los hermanos que los preceden en la familia. Entonces, cuando pensamos en la insuficiencia de los cuidados maternos, aparecen estas nociones que desarrolló Spitz de la depresión anaclítica y el hospitalismo, donde se plantea la diferencia que hay entre una insuficiencia de cuidados en los primeros meses y una que suceda posteriormente. Esto tiene que ver con el grado de percatación del lugar que el objeto va a ocupando en el mundo interno del bebé. Cuando un bebé puede reconocer a su mamá, y se angustia cuando quien le proporciona los cuidados no es ella. El bebé más chiquito tiene un registro pero no una representación, tiene una experiencia, un cierto clima interior, si los cuidados que se le brindan son similares o la modalidad de relación es similar posiblemente no provoque angustia, sí lo provocaría en un bebé que reconoce a su mamá, por lo menos inicialmente, un bebé saludable en el curso de esa angustia puede ir incorporando los cuidados de otra persona, pero al principio va a registrar a nivel representacional que esa no es su mamá, y las consecuencias que tiene son diferentes.

En el hospitalismo, cuando la insuficiencia es sostenida y no se la revierte podría llevar a la muerte; hay un momento que el retraimiento es tal que no importa que se le ofrezcan alimentos, el bebé no come o come menos de lo que debería entonces se debilita, tiene menos defensas, se enferma y finalmente muere.

En la depresión anaclítica la cuestión es distinta, si bien hay un compromiso corporal y de la conservación, esto no está tan en evidencia, lo que hay es una pérdida importante de la subjetividad. Winnicott habla de depresiones psicóticas, o desde otros puntos de vista se podría pensar en el establecimiento de un trabajo de lo negativo o como la inscripción de pictogramas de rechazo desde Piera Aulagnier. Es decir, una serie de

elementos que dan cuenta que el funcionamiento subjetivo pierde capacidad de ser subjetivante o se convierte en des-subjetivante. Es un proceso que sigue en marcha, no es que el bebé se va a morir, el chico sigue creciendo desde el punto de vista de su organismo pero subjetivamente en lugar de ampliar y complejizar su subjetividad cada vez se ve cercenado de mayores potencialidades. Esta sería la diferencia importante que podemos plantear entre hospitalismo y depresión anaclítica. Como decía el profesor Tkach el otro día, a esta altura y en esta sociedad en la que nos movemos no se ven casos de hospitalismo, pero podrían darse en otras comunidades o situaciones.

Eso respecto de la insuficiencia. De nuevo, pensando en cómo develamos los elementos para establecer un diagnóstico, entonces, es interesante escuchar quiénes estuvieron disponibles para un bebé, en qué condiciones estaba la mamá, qué pasaba cuando ella no se podía hacer cargo.

Conocer cómo fue el desarrollo. Hace años, cuando iniciar un contacto con un paciente era levantar la historia clínica, pasando paso a paso por cada área a investigar se pensaba en el desarrollo y allí se preguntaba por ejemplo cuando sostuvo la cabeza, cuando caminó etc.. Tenemos que pensar cuál es la importancia de eso, evidentemente hay diferencias en el rango de tiempo en que se adquiere, pero allí lo importante gira en torno a dos cuestiones, por un lado conocer desde el punto orgánico si pudo o no haber dificultades y por otro lado, darse cuenta de si el ambiente donde el bebé fue creciendo facilitó, dificultó u obturó aquel proceso de desarrollo que según nos dice Winnicott es el proceso de desarrollo que está establecido para irse dando desde una menor integración a una mayor y completando ese desarrollo. Es un movimiento espontáneo si no hay nada que lo perturbe. Entonces, por ejemplo, cuando empezamos a escuchar que un chiquito habló muy tarde, uno tiene que agudizar el oído a ver qué otras cosas fueron sucediendo. Eso hace a la riqueza del diagnóstico. Nosotros vamos a ver a ese niño que aparece hoy aquí con sus características, ver lo que le pasa hoy suele ser más simple que entender por qué le pasa, que es lo que necesitamos nosotros porque es la única manera en que vamos a poder pensar de qué manera intervenir para resolver ese sufrimiento.

Bueno, ahora, si pensamos en la discontinuidad, ya no se trata de la calidad de los cuidados en cuanto a que sean buenos o malos para favorecer el

crecimiento y el desarrollo psíquico de ese niño, sino que se trata de una cuestión de sostén. Acá tenemos que recordar lo que nos dice Winnicott de establecer una continuidad existencial, de la integración que se hace posible a partir de ella y que si no se ve obstaculizada generando en el bebé la necesidad de reaccionar. En la medida en que reacciona, se perturba o distorsiona aquello que es esperable en el desarrollo llevará a otros caminos psicopatológicos, dependiendo de cuál sea la reacción defensiva y en qué momento se produzca.

La discontinuidad se puede producir por diferentes causas, y además, puede darse después de que se establecida una cierta continuidad o no darse nunca y eso también genera cuestiones distintas, porque no nos olvidemos que el modo de funcionamiento psíquico de un bebé, el mundo interno que se va generando tiene que ver con esa continuidad y con esos ritmos que se establecen en esa relación en particular de esa mamá con ese bebé, que podría ser distinta con otro bebé o ese mismo bebé podría establecer algo distinto con otra mamá o otra persona a cargo de su crianza. Entonces, allí se produce un encuentro que da lugar a ciertas condiciones que justamente condicionan el modo de estructuración subjetiva de ese bebé.

Lo que esta discontinuidad plantea son todas las problemáticas relacionadas con la separación que fueron teorizadas por Bowlby con su teoría del apego y de qué manera esto incide y deja patrones funcionantes y estables a partir de allí, modalidades de apego va a decir él. También tendremos que considerar la elaboración de esa separación o de la pérdida y las posibilidades que puede haber o no para elaborarla. En cada caso las consecuencias serían diferentes las consecuencias serían diferentes, lo que queda como resto de ese proceso de duelo en el caso de que haya elaborado la pérdida es algo muy distinto según las condiciones en que se esté para elaborar ese proceso.

En general, lo que se ha descrito es que ante la separación de la figura de la madre o de aquel que proporciona los cuidados se da una situación de ansiedad, de inquietud, Casi todos los autores marcan diferencias en cuanto a las consecuencias de una separación temprana y la que se produce después de los 6 u 8 meses. Si la separación se resuelve sin que haya un periodo prolongado, en general en los bebés más chiquitos la recuperación es total, puede haber tenido alguna dificultad, en general complicaciones

psicosomáticas, pero en la medida que se restablece el vínculo con la madre y este vuelve a ser estable eso se resuelve y no tiene secuelas. De todas maneras, siempre es importante registrar si esto ha sucedido, porque quizás no tiene secuelas aparentes pero la marca de eso ha quedado y en algún momento lo vemos aparecer en algo que le sucede al paciente mucho tiempo después.

En general, como lo describe Bowlby cuando hay un momento de separación y un registro de ella, se dan distintas cuestiones, suceden distintas etapas, primero aparece una respuesta angustiosa y de enojo al mismo tiempo, después empieza a haber un cierto retraimiento, hasta que finalmente se llega a una situación de desapego, que es indiferencia, es pérdida de la esperanza. No se espera más la posibilidad de sentirse como se había sentido antes, aparece el aislamiento. Esto es importante porque si una separación es larga, o aún pequeñas discontinuidades que son impredecibles pero durante períodos prolongados provocan consecuencias permanentes en el funcionamiento psíquico. No se trata únicamente de la separación física de la madre, también se trata de que no esté afectivamente disponible, entonces a veces en madres poco estables, que pasan de una sobreprotección fuerte del bebé a momentos de distanciamiento y de aislamiento respecto del bebé y esto se sostiene a lo largo del tiempo, a lo mejor no suelen aparecer en ese momento en el bebé cosas que llamen la atención, a lo mejor sigue comiendo, durmiendo, no se enferma, pero lo que si se establece allí es una no esperanza de ese bebé en recibir desde el otro alivio para lo que le pasa. Entonces, quizás sigue aparentemente tranquilo, come, duerme, pero su armado interior está teñido de esta desesperanza que pone una fuerte barrera para el desarrollo de una intersubjetividad saludable lo cual genera una base sobre la cual posiblemente el desarrollo subjetivo empiece a tambalear en distintos niveles y quizás no haya registro de ello.

Bueno, por último vamos a aquellas carencias en el vínculo por distorsión. En este tipo de carencia entra en juego aquella estructura de la parentalidad que se presentifica en la relación triádica, en donde está presente toda la constelación edípica de los padres, que de alguna manera, le da un cierto color y clima al lugar que ese hijo tiene. Estas distorsiones en el vínculo pueden ser de distinto tipo. Pueden ser notorias como en los casos en que hay un vínculo

de poco cuidado o de excesiva crueldad o exigencia, en donde justamente por esa problemática edípica irresuelta en los padres el niño toma el lugar de una especie de agresor, atacante, demandante excesivo, una especie de enemigo, y es desde ese lugar que reaccionan inconcientemente frente a él. Esto no aparece en forma explícita, sino en la mayoría de los casos como exigencias desmedidas hacia el niño y reglas extremas y a veces sádicas en la crianza. Lo que se está jugando allí es una distorsión en el vínculo, no se está ocupando allí el lugar de ser quienes crían y propician un desarrollo subjetivo saludable a favor de las características propias de ese niño, sino que se juega otra cosa, que es lo que está presente en ese deseo de los padres y de esa manera ubican al hijo y se ubican ellos en la relación.

Las otras cuestiones relacionadas con esta distorsión en el vínculo tienen que ver situaciones de abuso, de maltrato, por parte de los padres u otros adultos que están en contacto con los niños. Estas situaciones tienen importante incidencia en el desarrollo y el funcionamiento psíquico de ese niño. Dependerá de cómo sean resueltas, de cómo se den, de si son denunciadas, si son tenidas en cuenta, en qué momento aparecen, las consecuencias que generen en el modo de funcionamiento psíquico y en la forma de vincularse con los otros adultos.

Bueno, en cuanto a las consecuencias de todo esto, tendrán que ver con el tiempo en que estas disfunciones se plantean, con el momento en que se plantean y con lo que suceda a posteriori en el caso de que sean resueltas. Ustedes van a leer cómo diferentes autores describen y clasifican las consecuencias. Tener en cuenta esas descripciones nos ayuda a comprender la incidencia psíquica de todo esto pero en cada situación diagnóstica habrá que hacer una evaluación individual ya que nunca las situaciones son idénticas. Conocer lo que pasa en una generalidad nos permite tener mayor cantidad de referencias para pensar el efecto que pudo haber tenido pero no nos ayuda a conocer el efecto que de verdad tiene en ese niño en particular.

De todas formas, lo que es claro es que cuando cualquiera de estas cuestiones se presenta muy tempranamente el compromiso es más extendido, no siempre más grave porque dependen también de otras cuestiones, pero es más extendido, lo cual quiere decir que compromete mayores áreas de esa subjetividad. En un bebé el compromiso es orgánico seguro, orgánico quiero

decir que se generan enfermedades orgánicas, que pueden permanecer o no, hay algo de la integración psicosomática que se ve perjudicada y muchas veces para siempre. Aparece la propensión a enfermedades psicosomáticas, por eso se pregunta acerca del estado de salud del bebé en el primer año de vida. Entonces, hay un compromiso orgánico porque esa integración psicosomática se está estableciendo con dificultades y de manera poco estable. También hay un compromiso intelectual que a veces es duradero. Se establece como un déficit intelectual duradero y esto no solo tiene que ver con que como hay un compromiso orgánico seguramente también hay déficit en los nutrientes y metabolización de ellos que favorecen o no un desarrollo favorable del sistema nervioso central, sino que, y esto Winnicott lo explica muy bien, cuando habla de proceso de ilusión y desilusión y cual es la función de la madre como presentadora del mundo, hay todo un proceso que hace al desarrollo intelectual que se ve comprometido. El dice que por supuesto una madre suficientemente buena podrá anticipar de alguna manera la necesidad de su bebé y acercar el objeto de manera tal que el bebé se ilusione con haberlo creado. Sin embargo, por más suficientemente buena que sea la madre la madre comete errores que son registrados por el bebé; siempre hay una diferencia mínima entre aquello que el bebé esperaba y lo que encuentra. Esta diferencia mínima entre una cosa y la otra el bebé la suplementa con procesos intelectuales, que no son pensamientos aún sino modalidades de pensamiento que le permiten anticipar de alguna manera lo que va a vivir y preservar lo que faltó para la vez siguiente. Todo eso da lugar a ese funcionamiento intelectual que se irá enriqueciendo con otras herramientas. Entonces, cuando las dificultades en esos primeros momentos son grandes y la decepción es mucha, el bebé no quiere saber más nada, no se esfuerza en buscar anticipación ninguna porque eso le genera una mayor decepción y entonces sus mecanismos intelectuales, es decir, el modo de puesta en marcha de lo que después va a ser la capacidad intelectual de pensamiento y de sacar conclusiones abstractas, empieza rengo y cuando esto es prolongado se mantiene así y no hay cuestión orgánica que sustente ese retraso o debilidad intelectual. Esta es otra de las cuestiones que queda comprometida cuando esto sucede en los primeros momentos de la vida o meses.

Después está también el inicio del modo de funcionamiento subjetivo, del proceso de escrituración subjetiva con serias deficiencias lo cual va a comprometer la conformación narcisística de ese bebé y entonces vamos a tener patología grave temprana con consecuencias que conocemos.

¿Alguna pregunta o comentario?

Buenos días entonces, terminamos acá, buenos días.