

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA REPERCUSION DE LA HIDROCEFALIA  
CONGENITA EN LAS INTERACCIONES PRECOCES  
MADRE - BEBE.

EL CASO DE LOS PACIENTES DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA**

**P R E S E N T A :**

**JUAN JOSE RIVERA MORALES**

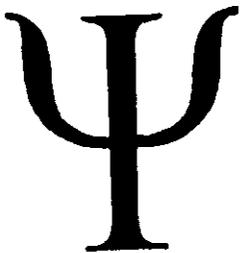
DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. EMILY ITO

COMITE DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM

DR. ALFONSO MARHX BRACHO

DRA. DOLORES MERCADO

MTRA. ROXANA PASTOR



MEXICO, D.F.

2000

285858



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Dedicatoria**

**A José Adolfo  
A mis padres  
A Karla**

**A mis asesores  
Dra. Emily Ito  
Dra. Berta Blum  
Dr. Alfonso Marhx**

**Y a mi amigo  
Dr. Rosendo Romero**

Gracias a todos por ser faros que con su luz guiaron mi andar  
en el mar del conocimiento y sus infinitos significantes,  
llevándome al final del recorrido  
a feliz puerto.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
<b>CAPÍTULO 1. SUPUESTOS PSICOANALÍTICOS: LAS INTERACCIONES PRECOCES COMO GÉNESIS DE LA CONSTITUCIÓN PSÍQUICA DEL BEBÉ</b>	
1.1 La relación objetal de la madre.....	13
1.2 La puesta en marcha de las interacciones precoces, constitución del vínculo entre la madre y el recién nacido.....	17
1.3 La unidad narcisista primaria como punto de partida del cuerpo libidinal.....	23
1.4 Semiología del cuidado materno y de las interacciones precoces.....	37
1.5 Hiperfuncionamiento e hipofuncionamiento de los mecanismos libidinales.....	39
1.5.1 Las interacciones fantasmales.....	43
1.6 La génesis de la relación objetal en el bebé.....	49
<b>CAPÍTULO 2. SUPUESTOS FISIONEUROLÓGICOS: LAS CAPACIDADES SENSORIALES Y RELACIONALES DEL RECIÉN NACIDO</b>	
2.1 Desarrollo de las estructuras cerebrales en el feto y el bebé, y su relación con el Entorno.....	56
2.1.1 La visión.....	57
2.1.2 El olfato y el gusto.....	59
2.1.3 La audición.....	60
2.2 Los estados de vigilancia y su relación con la unidad narcisista primaria.....	61
2.3 La habituación.....	63
2.3.1 La homeostasis.....	64
2.4 Déficit en las capacidades sensoriales y motoras en bebés con hidrocefalia congénita.....	67
<b>CAPÍTULO 3. SUPUESTOS INTERDISCIPLINARIOS: EL BEBÉ ENFERMO, TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL LACTANTE CON HIDROCEFALIA CONGÉNITA</b>	
3.1 El psiquismo del niño enfermo y el síndrome de depresión hospitalaria.....	69
3.2 Dinámica de los procesos lesionales y concepto de plasticidad cerebral.....	72
3.3 Respuesta de los padres ante un hijo enfermo.....	75
3.4 Trabajo interdisciplinario en la búsqueda de mejor atención.....	76
3.5 Repercusiones psicológicas, familiares y sociales de la hidrocefalia congénita.....	77

## **CAPÍTULO 4. LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA Y LAS INTERACCIONES PRECOCES, EL OBSERVADOR Y LA MADRE OBSERVADA.**

4.1	La investigación de las interacciones precoces mediante el método Psicoanalítico (antecedentes).....	81
4.2	La entrevista con la madre y la anamnesis de corte psicoanalítico.....	84
4.3	Observación de la Interacción madre-lactante.....	86
4.4	El observador y la madre, fantasmas despertados por la observación.....	87
4.5	Instrumentos de trabajo.....	91
4.5.1	La entrevista semiestructurada.....	92
4.5.2	La observación directa de la semiología del cuidado materno y de las interacciones precoces.....	92
4.5.3	Procedimiento de análisis de los casos.....	94

## **CAPÍTULO 5. METODO**

5.1	Objetivo general.....	96
5.2	Objetivos específicos.....	96
5.3	Consideraciones éticas.....	97
5.4	Escenario.....	97
5.5	Características de la población/muestra.....	98
5.6	Criterios de inclusión.....	98
5.7	Criterios de exclusión.....	98
5.8	La investigación psicoanalítica como guía de nuestro trabajo.....	99
5.9	Procedimiento.....	99
5.10	Análisis de la información.....	99

## **CAPÍTULO 6. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

	Introducción.....	100
6.1	Resumen de cada uno de los casos del estudio.....	101
6.1.1	Cédula de procedimientos médicos.....	119
6.2	Indicadores de interacción.....	122
6.2.1	Indicadores de interacción, análisis y evaluación de comportamiento y desarrollo.....	145
6.3	Rasgos comunes en los casos del estudio.....	168
6.3.1	Cédula de rasgos comunes.....	176
6.4	Rasgos particulares en los casos del estudio.....	179
6.5	El investigador y las interacciones precoces.....	183
6.5.1	La investigación psicoanalítica, el observador y la unidad narcisista primaria.....	183
6.5.2	El fantasma despertado en el Investigador y en el cuerpo médico-asistencial.....	185
6.6	Discusión de los resultados.....	186

## **CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES**

7.1	Conclusiones.....	207
7.2	Cédula de integración.....	211
7.3	Datos complementarios.....	213
7.4	Recomendaciones y propuestas de trabajo.....	216
7.4.1	Sugerencias para posteriores estudios.....	216
7.4.2	Propuesta de futuras líneas de investigación.....	216
7.4.3	Propuesta de abordaje clínico.....	217

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>219</b>
--------------------------	------------

## **APENDICES**

1. La hidrocefalia congénita
2. Detección, tratamiento y secuelas fisiológicas de la hidrocefalia congénita
3. El desarrollo normal en lactantes
4. Guía de entrevista
5. Guía de observación

Anexo 1. Consulta a fuentes de información

Anexo 2. Características de la población

Anexo 3. Glosario médico

## RESUMEN

El problema que da origen a nuestra investigación es conocer algunas de las características de las interacciones precoces<sup>1</sup> que se establecen al interior de la unidad narcisista primaria, cuando el bebé padece hidrocefalia congénita<sup>2</sup>, es decir, realizar el procesamiento y análisis de datos recolectados, y sobre la base de los objetivos planteados, proceder a identificar si existe una tendencia general o diferentes tipologías particulares, o si en ciertos aspectos la tendencia es homogénea y en otros no. Para alcanzar esta serie de objetivos, el trabajo atraviesa por diferentes etapas, en primera instancia, revisamos bibliografía correspondiente a la conformación, desarrollo, dinámica y variaciones de las interacciones precoces. En segundo lugar contemplamos las capacidades sensoriales del lactante, ya que este es el medio que tiene para participar de las interacciones, es decir, sus capacidades sensoriales le permiten tanto percibir como contestar los mensajes que su madre le refiere.

Posteriormente pasamos a revisar la dinámica y desarrollo del lactante cuando se encuentra hospitalizado, y los factores que introduce en las interacciones precoces esta situación, donde como se menciona posteriormente, el cuerpo físico del niño pasa de ser un lugar de placer a ser un espacio de dolor, en éste mismo apartado explicamos lo que es la hidrocefalia congénita, así como su tratamiento y su desarrollo y pronóstico, tanto médico como psicológico.

Para terminar la revisión de los antecedentes, contemplamos los aspectos y dinámicas intrasubjetivas e intersubjetivas del mismo observador, investigador, psicoanalista y el resto del cuerpo asistencial, como una variable que entra en juego con la dinámica de las interacciones precoces. Después de la mencionada investigación documental, pasamos al aspecto operacional, donde registramos datos de los pacientes del estudio, este registro contó con tres fuentes, la primera resultó ser el expediente médico de los pacientes, el segundo la entrevista con la madre y finalmente el tercero se constituyó precisamente de la observación de las interacciones precoces madre-lactante, en el ambiente hospitalario y en interacción con el cuerpo asistencial y el investigador psicoanalista.

Esta serie de observaciones se exponen en un capítulo de la presentación de resultados, donde dividimos la información en tres secciones, en la primera se comenta en forma general cada uno de los casos, en la segunda se identifican los indicadores de interacción y se señalan los rasgos comunes y particulares de cada uno de los casos, así mismo se comenta la dinámica referente al investigador psicoanalista, el cuerpo asistencial y las interacciones precoces, para terminar la mencionada exposición, procedemos en la tercera sección a realizar la discusión de resultados. Finalmente, realizamos la presentación de conclusiones y las recomendaciones y propuestas de trabajo, donde nuestra sugerencia circula en dos sentidos, el primero se refiere a posteriores estudios y a futuras líneas de investigación, mientras que el segundo va enfocado a la dinámica y funcionamiento del abordaje clínico.

---

<sup>1</sup> Consideramos que la mejor denominación y traducción sería "Interacciones Tempranas", sin embargo, en el total de la literatura consultada se designan como precoces, por lo que respetaremos esta acepción.

<sup>2</sup> El significado de la mayoría de los conceptos y terminología médica se encuentra en el Anexo 3 "glosario médico".

## INTRODUCCIÓN

El estudio de las interacciones precoces resulta ser un campo relativamente nuevo en que incursiona el Psicoanálisis y otras ciencias. Desde un principio, esta observación del lactante se realizó, en muchos de los casos en bebés que se encontraban en instituciones hospitalarias por distintas causas; sin embargo, la diversidad de las afecciones pediátricas resulta ser un vasto océano sin explorar en su totalidad, por donde podemos navegar a bordo del *corpus* psicoanalítico, observando lo manifiesto, para desde ahí, ir leyendo e interpretando las muy variadas formas y sutilezas latentes, que encuentra el psiquismo para entrelazarse con las diferentes afecciones orgánicas. Hecho a partir del cual, lo observable adquiere un nuevo sentido.

Por nuestra parte, y para comenzar a delimitar nuestro campo de acción, hemos escogido como afección orgánica, a la hidrocefalia congénita, ya que a partir de la experiencia adquirida a lo largo de tres años durante las practicas profesionales realizadas en la maestría de psicología clínica, encontramos que es un padecimiento de relevancia en el servicio de neurocirugía, en algunos casos como afección de base y en otros como afección subsecuente. Ésta enfermedad es un padecimiento del sistema nervioso central que se caracteriza por el aumento anormal del volumen del líquido cefalorraquídeo (LCR) que provoca a su vez, la dilatación ventricular. Dicho trastorno afecta de manera importante las funciones del sistema nervioso central y, por ende, las funciones psicológicas del paciente si no es tratado adecuadamente y en forma oportuna (Berg, 1987; y Butler, Mclone, 1993). Así mismo, el aumento del volumen del LCR genera el agrandamiento del perímetro cefálico, mostrando a un bebé dramáticamente desproporcionado, evento que da origen a nuestra investigación, ya que podemos abocarnos, desde la perspectiva teórica conformada por el psicoanálisis, que es a la vez un método de investigación y un método terapéutico, a conocer o identificar algunos aspectos que se desarrollan en las interacciones precoces cuando el niño padece hidrocefalia congénita, es decir, este padecimiento visiblemente inscrito en el cuerpo e imagen del bebé, afecta a *la unidad narcisista primaria*, esto es, la unidad conformada por el bebé y su madre después del parto (Gutton, 1987), donde la cohesión se desarrolla a partir de las *interacciones precoces*, entre madre y bebé, entendiéndose como interacción, una relación dialéctica donde el ser viviente se desarrolla en un medio que actúa sobre él, pero al cual, en contrapartida, modifica (Lebovici, 1988), para finalmente, dentro de este proceso dialéctico, comenzar a estructurar lo que a la postre será el aparato psíquico del pequeño infante.

Es, como mencionábamos, en este momento de gran importancia, en que irrumpe el padecimiento que atañe a nuestro interés. El cómo modifica el proceso interactivo al matizar en forma determinante la relación madre-hijo, conduce a preguntarnos, qué transmite esta madre a su pequeño y cómo se infiltra en el deseo materno la emoción que le despierta la imagen de un cuerpo *con una cabeza que parece no parar de crecer*. Cuál es el estilo de la interacción, qué tanto se protege y/o expone a estímulos al bebé, propiciando con esto la potencialización de las áreas cerebrales que no han sido afectadas por la hidrocefalia, o dejándolas desaparecer por falta de estimulación junto con aquéllas que la enfermedad ya lesionó.

Del lado de la madre, debemos de considerar que no sólo debe de realizar un duelo del hijo imaginario ya que cualquier bebé *también los sanos* decepciona en alguna medida a sus padres, puesto que su realidad no logrará colmar el conjunto de los fantasmas parentales, caso observable frecuentemente en bebés con respecto al sexo (*ibid*), sino que el duelo de ese hijo imaginario será mayor, ya que la enfermedad a la que nos referimos pondrá a mucho mayor distancia al bebé real enfermo, del de la fantasía materna.

Finalmente, y para terminar de esbozar el problema al que nos enfrentamos, debemos de considerar el hecho de que nuestros pacientes deben de ser hospitalizados y sometidos a una neurocirugía que implica riesgos, y que invariablemente despierta fantasmas en la madre, los cuales, proyectan sus sombras en las interacciones precoces, fantasmas que en múltiples casos encuentran un importante punto de apoyo en el *síndrome de depresión hospitalaria* (Kreisler, 1988) que sufren muchos de los pequeños, y que viene a complicar el cuadro de nuestro problema.

Por estas razones cabe sumar los siguientes cuestionamientos a nuestra lista de interrogantes, cómo es enfrentado el tratamiento y las posibles secuelas de la hidrocefalia congénita, ya que, el tratamiento consta de una cirugía donde se instala una derivación del LCR, a alguna cavidad del cuerpo mediante la colocación quirúrgica de una válvula y su respectivo drenaje.

En segundo lugar, las secuelas de la enfermedad, psicológicas y neurológicas (retraso psicomotor, deficiencia mental, epilepsia, entre otras), causados por la misma enfermedad y/o por deficiencias en la epigénesis interactiva que estimula el desarrollo neuronal, y que pueden resultar irreversibles además de que la rehabilitación puede ser limitada. Por lo que, del cómo se encuentre estructurada la relación entre el paciente y su madre depende en gran medida la posible rehabilitación.

En tercera instancia, el niño con hidrocefalia congénita establece una relación circular que impacta y determina una forma de relación y un especial lugar en la cadena generacional, es un hecho que marca la devolución de una mirada que estructura la conciencia de la propia existencia. Así mismo, al ser un proceso dialéctico, determina la forma de los cuidados maternos, y la libidinización que viene con éstos, generando eventos y momentos que marcarán en última instancia la fisonomía del aparato psíquico emergente, lo que a la postre determinará la situación, no solamente al presente del bebé enfermo, sino que, hacia el futuro, ya que incidirá indefinidamente en el devenir de la historia del sujeto, signándolo de una manera específica intrapsíquica e intersubjetivamente.

Finalmente, consideramos que nuestra investigación, resulta ser de gran importancia y ayuda para una comprensión más amplia de este padecimiento, ya que la mayoría de los estudios realizados desde la Psicología han sido llevados a cabo o por Neuropsicólogos, o desde una perspectiva psicométrica, teniendo como punto casi exclusivo de interés los aspectos de neurodesarrollo y afectación del sistema psico-motor y el retraso en el coeficiente intelectual, dejando de lado el abordaje del factor afectivo, así como del desarrollo de las interacciones precoces y la constitución del aparato psíquico.

También es importante señalar que estos estudios se han centrado únicamente en el bebé, por lo que otro punto de relevancia es nuestra perspectiva psicoanalítica del objeto de estudio que comprende a la unidad narcisista primaria (madre-bebé) como un sistema de interacciones.

Por los motivos mencionados anteriormente, pensamos que los resultados obtenidos ayudarán a entender una amplia gama de elementos al interior de la relación entre el paciente con hidrocefalia congénita y su madre, con el propósito de que al contar con un mejor conocimiento de esta dinámica, nuestro abordaje asistencial resulte ser de mayor eficiencia y calidad, lo que, repercutirá de forma sustancial en una rehabilitación de mayor calidad y alcance sobre el pequeño paciente.

## CAPÍTULO 1. SUPUESTOS PSICOANALÍTICOS: LAS INTERACCIONES PRECOCES COMO GÉNESIS DE LA CONSTITUCIÓN PSÍQUICA DEL BEBÉ

A lo largo del presente capítulo iniciaremos la revisión de las teorías que nos hablan de las interacciones precoces, enfocándonos tanto a la articulación de las interacciones entre la madre y el bebé, como a los aspectos y mecanismos psíquicos específicos que se desarrollan en cada uno de ellos, en principio analizaremos la relación objetal de la madre, ya que esta precede y se ubica como infraestructura sobre la cual serán constituidas las interacciones subsecuentes entre la madre y el bebé.

### 1.1 La relación objetal de la madre.

Los cuidados maternos comprenden el conjunto de manifestaciones por las que se expresan las motivaciones maternas, es decir, la madre se ocupa de su bebé por que lo desea, y si el bebé encuentra satisfacción en ello, es debido a que en esa satisfacción la madre realiza la expresión de su propio deseo. “Los cuidados maternos constituyen una actualización de la secuencia fantasmática del hijo” (Gutton, 1987). Es así como el bebé se convierte en el “renacimiento y reproducción del narcisismo de su madre, así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones y a encubrir y olvidar todos sus defectos. Pero también prevalece la proclividad a suspender frente al niño todas esas conquistas culturales cuya aceptación hubo de arrancarse al propio narcisismo, y a renovar a propósito de él la exigencia de prerrogativas a que se renunció hace mucho tiempo. El niño debe de tener mejor suerte que sus padres, no debe de estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no ha de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. *His majesty the Babe*, como una vez” se creyeron sus padres (Freud, 1914).

El secreto del encuentro entre la madre y el hijo, parece residir en la concordancia del deseo de la madre con la necesidad y los deseos nacientes del bebé, el continuo del deseo, en la medida misma en que se realizan los cuidados maternos, constituye el fundamento del desarrollo libidinal armonioso del lactante. (Gutton, *op. cit.*). Es así como, dentro de esta relación, la continuidad de los cuidados resulta fundamental, ya que en su repetición, se mantiene un idéntico sentido, mientras que por el contrario, una madre no satisfactoria, presenta una discontinuidad en sus encuentros con el hijo, abriéndose entre ambos una discordancia en tiempo, espacio e interacciones, lo que a la postre acarrea problemas para la relación. Con estos elementos podemos mostrar cómo se expresa en la psicopatología materna la problemática de la continuidad y la discontinuidad que repercute en el bebé, al respecto Gutton (1987) nos señala que:

- a. Los cuidados maternos constituirían un sistema continuo de términos que “se asocian entre sí”, de acuerdo con un proceso afín a la lingüística. El recién nacido se encuentra inmerso desde su nacimiento en un mundo simbólico, animado por la madre, y que viene a recubrir su cuerpo biológico.

- b. Los cuidados maternos son representantes de las pulsiones maternas, según un enfoque metapsicológico.

De esta manera, Gutton nos propone analizar los cuidados maternos como una estructura simbólica según la definición de Lalande: "sistema continuo de términos, cada uno de los cuales representa a un elemento de otro sistema". La conducta materna, simbolismo actuado, constituye una unidad, una organización comparable al sistema lingüístico. Cada elemento de esta conducta cobra su significación al margen de cualquier reflexión operatoria de crianza, y se organiza en torno de la representación y el concepto de hijo. El hijo como tal estaría ausente de ella, y sólo se encontraría presente como símbolo del deseo materno. De acuerdo con esta tesis, las conductas se ordenan, unas respecto de las otras, cobrando su sentido por referencia a su posición relativa respecto del sistema global, esto es, a los aferentes que las preceden y las suceden; los cuidados de la madre constituyen otras tantas unidades de significación, escindidas de la demanda biológica del niño e inscritas en las referencias culturales. El deseo de la madre hacia el bebé coloca a éste en la cadena de los significantes culturales y otorga su significación a cada representación y gesto desplegado en los cuidados de la madre.

El deseo materno en continua renovación, impulsa y organiza los cuidados del bebé, resultando ser elaboraciones nuevas de un conjunto estructural susceptible de englobar una parte del presente. "Ahí, a través del presente, hay reescritura del pasado, a todo lo largo de un proceso de integración del relato anterior (que remite al primer relato, primer pasado verdadero de la madre, elaborado en el momento del Edipo)" Gutton (1987). Con cada una de las repeticiones, se produce un corrimiento progresivo, lo que hace de los cuidados maternos, y en sí de todo el sistema de interacciones precoces, una estructura permanentemente abierta y cambiante, donde se entremezclan significantes pasados y presentes, en que la envoltura simbólica de que el bebé es objeto por parte de su madre es descrita como un segundo nacimiento, una personalización, la actividad simbólica materna colma la solución de continuidad determinada por el nacimiento del niño, y se la puede describir, en el nivel de la madre, como un procedimiento reparador de la pérdida física sobrevenida con el parto. *La unidad madre-hijo in utero, corporal, ya no existe, y la unidad simbólica la reconstituye.\**

Es por esto, que el lazo simbólico tiene como génesis el nivel de la ruptura del continuo inicial del embarazo, con el parto la madre y el bebé se han perdido, y ahora se reencuentran. Las asociaciones de los significantes se organizan según el modelo expuesto por Freud en su trabajo sobre el sueño (1899), empleando los mecanismos de condensación y desplazamiento, pero en este caso, al tratarse de significantes, nos estamos refiriendo a sus equivalentes lingüísticos, (Joël Dor, 1985)<sup>1</sup>. La metonimia y la metáfora. El conjunto de los significantes converge o enlaza con ciertas características del niño, adquiriendo con esto un valor primordial: sus ojos, su talla, su sexo, el nombre, su salud y enfermedad entre tantos otros.

---

\* La cursiva es mía.

<sup>1</sup> Equivalentes formulados por Saussure, e integrados al psicoanálisis por Lacan, donde el desplazamiento equivale a la metonimia y la condensación a la metáfora (Joël Dor, 1985).

Gutton indica que a partir de esta dinámica, “el descubrimiento de una enfermedad durante el periodo neonatal, (como es el caso del padecimiento que estudia esta tesis) puede constituir lugares de convergencia de significantes maternos conscientes e inconscientes; en ellos la enfermedad adquiere significaciones inesperadas. Así mismo nos señala que las correlaciones que el investigador psicoanalista pueda establecer entre ciertas asociaciones privilegiadas que deja oír el discurso materno y la comprobación de actividades libidinales globales o focales de la madre respecto de su hijo resultan de gran interés científico”, correlación que es justamente el tema de esta tesis. Sin embargo es importante hacer la distinción de que los cuidados maternos se desarrollan como discurso de la madre, pero no son su repetición. Están organizados como un relato que de él se hace, pero son muy diferentes en sus modalidades expresivas, sensorio-motoras. Si para el investigador psicoanalista la secuencia fantasmática de la madre se expresa en su discurso, en cambio se trasmite al bebé por medio de conductas dentro del ámbito de las interacciones precoces.

Finalmente podemos señalar que los cuidados maternos se consideran la actualización de la secuencia escénica imaginaria: figuran el cumplimiento de los deseos conscientes e inconscientes de la madre, sobre su hijo, por tal motivo, descubrimos que el deseo materno no es la única línea de fuerza existente en los cuidados, que de hecho son producto de un conjunto de motivaciones. Al respecto Gutton (*op. cit.*) señala que “las perturbaciones de la conducta materna traducen compromisos sintomáticos que resultan de estos conflictos. La representación misma del hijo es la resultante de estas fuerzas intervinientes. *Si todavía el hijo no es, según se ha hecho canónico decirlo, el síntoma de la madre, está por serlo.*”

Es decir, el bebé resulta ser el renovador y revelador de los conflictos edípicos parentales, la primera relación madre-bebé se desarrolla bajo la sombra del *retorno de lo reprimido* en el seno de lo cual la madre, al contacto con su hijo, reactualiza sus relaciones arcaicas, de tal suerte que la interacción no sólo está determinada por las actividades libidinales de la madre, sino que constituye un conjunto de elementos heterogéneos y contradictorios, regidos por el sistema inconsciente, que se expresan dentro de la interacción con el bebé como discontinuidades en los cuidados maternos, es decir, el bebé desde un principio está expuesto y sometido a las dos modalidades pulsionales que habitan el inconsciente (en este caso el de la madre), es decir la pulsión de vida y la pulsión de muerte. Como lo señala Freud, el conflicto psíquico atañe el total de las actividades del sujeto, en nuestro caso los cuidados del bebé están regidos por el dualismo pulsional, razonamiento que lleva a Gutton al concepto de *la agresividad de la madre en los cuidados que prodiga a su hijo\** es decir, “la intensidad de la relación objetal que une a la madre con el hijo lleva implícita la presencia contradictoria de estas dos pulsiones” (*ibid*).

Todo parece ocurrir como si se pudiera analizar cuantitativa y cualitativamente un gesto o acto materno, según la intrincación de las pulsiones y su respectiva proporción, el carácter contradictorio surgiría de la labilidad temporal y espacial de la intrincación, de tal suerte que la contradicción de los cuidados maternos nos conduce al concepto de ambivalencia. Desde la perspectiva de ambivalencia que nos señala Gutton, las pulsiones

---

\* La cursiva es mía.

de libido y agresividad, no son susceptibles de mezcla, ni simétricas, mientras que la libido es factor de ligazón, la agresividad disuelve los vínculos y es origen de desarmonía y discontinuidad en las interacciones madre-bebé, Tema recurrente en las observaciones de pediatría bajo el diagnóstico de “madre inestable”, “ansiosa” o “torpe” (Gutton, 1987).

Los trabajos longitudinales de E. Kris y M. Kris (1953) constatan esa característica de labilidad que mantienen las madres respecto de sus bebés durante la lactancia, acentuada al principio de ésta, ya que al parecer existe un periodo de ventana donde las partes de las diadas se van acoplando una a la otra, hasta lograr pautas con configuración específica, que difiere cualitativa y cuantitativamente de una diada a otra. De estas conclusiones podemos desprender el hecho de que el examen fino en la observación de las interacciones muestra en ciertas madres la existencia de ciertos bloqueos focalizados en ciertos aspectos de los cuidados.

“*La madre suficientemente buena* (Winnicott) o *satisfactoria* (Kreislner) es aquélla que desea a su hijo y tiene la posibilidad psíquica (consciente e inconsciente) y real de satisfacer ese deseo. En psicopatología clínica, la agresividad parece manifestarse en principio, en el cuadro de los cuidados maternos neuróticos, de modo negativo: introduce una discontinuidad en el continuo espacio-temporal, de la investidura materna, impidiendo el desarrollo de estímulos familiares e introduciendo en el niño ritmos ‘no familiares’ y factores de desamparo” (Gutton, 1987).

Como síntomas de la dialéctica inconsciente de la pulsión y la prohibición (represión) descubrimos que la agresividad se concentra en las *posiciones superyoicas* que se oponen a la actividad libidinal, la angustia, en sus diversas manifestaciones se despliegan en los propios cuidados del bebé. La madre realiza (consciente e inconscientemente) una selección de las señales del niño, selección que en los casos psicopatológicos resulta ser particularmente dramática, sobre todo cuando existen obliteraciones personales extensas de carácter neurótico, de tal suerte que puede ocurrir que en los cuidados maternos la madre ignore en el cuerpo del bebé segmentos que escotimice o anule, en el nivel de su propio cuerpo, o de los que le signifiquen real o simbólicamente un conflicto inconsciente.

La angustia manifestada por el bebé puede resultar insoportable para la madre, al grado que despliega sobre su hijo las mismas defensas que colocaba frente a su propia angustia. Es más, el niño íntegro puede ser significado como un objeto fóbico por la madre, que tenderá a evitarlo en ciertos aspectos y a organizar en torno a él cuidados contrafóbicos. Algunas perturbaciones conductuales graves se expresan en forma de ritos (alimentarios, de limpieza, por mencionar algunos) o en miedo a cargar o tocar al bebé con el pretexto de no causarle dolor., cuanto más si está enfermo. Para este tipo de casos podemos señalar las observaciones de Spitz, que menciona el caso de madres que dan pecho para compensar su agresividad, de acuerdo con una modalidad contrafóbica o propia de una formación reactiva. Es así como podemos encontrar tanto inhibiciones parciales como globales de la conducta materna, encontrando en ocasiones el aspecto clínico de neurosis de carácter. Con explicaciones como: “No tengo ganas de ocuparme de él; atender a mis hijos me aburre, prefiero ponerlos al cuidado de otra persona” (Gutton, 1987).

En otro sentido es importante señalar que dentro de un modelo de organización psicológica del tipo de neurosis de carácter, la discontinuidad de los cuidados de la madre remite a polos de identificación contradictorios de la madre con sus propios objetos parentales. Resultando ser el lactante el lugar de encuentro de esas identificaciones. “Las pulsiones maternas parecen menos inhibidas en cuanto a su meta (el hijo) que modificadas en su itinerario, y esto último al punto de que pueden perder su calidad y transformarse en una actividad mecánica. Aquí es el *ideal del yo* materno quien ocupa el primer plano de la escena. En observaciones de esta especie la sintomatología neurótica de los cuidados maternos no se distingue; no existe inhibición propiamente dicha; el conjunto de las percepciones y las conductas maternas, sin embargo, remite a posiciones como impuestas desde el interior” (Gutton, 1987).

Es la madre de la madre quien representa al polo privilegiado de identificación conflictual, esto es, la madre cría a su bebé como ella fue criada y, al mismo tiempo como hubiese deseado que la criasen, de esta manera el conflicto intrapsíquico de la madre a partir de sus propias relaciones parentales, trata de encontrar resolución en la conducta llevada a cabo en el cuidado de su hijo, de tal suerte que los cuidados maternos adquieren la categoría de *formaciones de compromiso* (Freud) o *formaciones del Inconsciente* (Lacan). Pero, por extraño que parezca, algunos síntomas de la madre que permean los cuidados maternos, pueden ser considerados como “buenos síntomas”, ya que protegen al niño de otros aspectos más agresivos de la neurosis de su madre.

Finalmente, el hecho de la depresión sufrida por la madre durante las primeras semanas de existencia del bebé, puede ser punto de origen de graves anomalías en los sentimientos que la madre siente por su bebé, anomalías que pueden expresarse como desinterés, la impresión de que el niño es un extraño, e incluso llegar a una evidente hostilidad, al respecto Kreisler (1977 y 1978) señala la importancia que tiene para la clínica *las posiciones depresivas posparto\** (inhibiciones que se proyectan sobre los cuidados del bebé) dando como resultado un distanciamiento entre el bebé y el deseo materno, siendo a su vez un importante factor desencadenante de hipofuncionamientos en las interacciones precoces.

Como hemos observado, es justamente el psiquismo de la madre el contexto, y más aun, el motor y principal guía, de la configuración y desarrollo de las interacciones precoces madre-lactante, es lo que precede, y justamente es el lugar desde el que inician su desarrollo, aspecto que a continuación nos dispondremos a explicar.

## ***1.2 La puesta en marcha de las interacciones precoces, constitución del vínculo entre la madre y el recién nacido.***

Las interacciones precoces son un sistema donde el ser viviente, en este caso el bebé, se desarrolla en un medio que actúa sobre él, principalmente su madre, pero al cual, en contrapartida, modifica. Resulta importante agregar a este sistema un factor más que influye en el proceso y que denominamos tiempo, en el terreno de lo interactivo “el tiempo es irreversible y se organiza según un modo epigenético en que el presente y el

---

\* La cursiva es mía.

futuro son garantes del pasado” (Lebovici, 1988). Es decir, dentro del continuo de tiempo en el cual se desarrolla la interacción, se consume una eficiencia reductora, donde por una parte el bebé es protegido por su madre, con sus anticipaciones, de un enorme cúmulo de estímulos que lo saturarían, y por otro es expuesto a otra serie de estímulos que a partir de este mismo cuidado materno, alcanzan un sentido, organizándose y temporalizándose para ayudar a conformar tanto al aparato psíquico como al sistema nervioso central, ambos en continuo desarrollo, ya que producto de esta interacción, innumerables estructuras sinápticas del cerebro tienden a la desaparición por no ser capturadas dentro del marco de la epigénesis interactiva, mientras que otras tienden al desarrollo. Es así como la interacción precoz impacta doblemente al bebé, tanto en el aspecto psíquico como en el biológico, teniendo estos dos sistemas, a su vez, un vínculo íntimo de interacción, donde el desarrollo de uno estimula y permite el desarrollo del otro y viceversa (Bourguignon, 1981)<sup>2</sup>.

Este planteamiento del desarrollo neuronal, justifica la teoría de Changeux (1974) sobre la estabilidad selectiva de las sinapsis: “todo sucede [entonces] como si el programa genético, memoria del ambiente filogenético, hiciera de cada hombre un miembro poco individualizado de su especie, y como si la estabilización selectiva de las sinapsis, que programa cierta cantidad de conductas más específicas, confiriese a cada quien una individualidad más precisa, indudablemente definitiva y determinada por el ambiente posnatal, cuya memoria él conserva de ese modo” (Bourguignon, *op. cit.*). El hablar de interacciones, nos ubica dentro de la perspectiva sistémica<sup>3</sup> de las relaciones madre-bebé.

Es así como, el estudio psicoanalítico reconstruye el camino que va desde la absoluta dependencia de los cuidados maternos, desde el desvalimiento inicial *helplessness*, hasta una relativa autonomía respecto de los objetos externos. La teoría psicoanalítica ha sido

<sup>2</sup> Indica en un trabajo reciente, que existe una programación genética y una programación epigenética del sistema nervioso central. Señala que son relativamente escasos los genes de que dispone el programa genético del ser humano a pesar de que producen aproximadamente  $1 \times 10^{11}$  neuronas y  $1 \times 10^{14}$  sinapsis. Lo que significa que “los procesos epigenéticos de interacción entre los diversos componentes del encéfalo, y entre ellos y el mundo exterior, concurren a la edificación de la arquitectura cerebral, [...] en los comienzos la ontogénesis, los procesos epigenéticos se circunscriben al interior del organismo, pero más adelante, y en particular después del nacimiento se extienden a las interacciones con el mundo exterior” (*ibid.*).

<sup>3</sup> Donde podemos recordar que: a) “Un sistema es un todo. Sus elementos (o características) sólo pueden ser descritos en función de la totalidad del sistema. Estos componentes son interactivos; su expresión influye la de los otros, que a su vez modifican aquélla por realimentación. En este sistema, la totalidad de los componentes no se reduce a la suma de ellos. El todo es más que su mera adición. Las transacciones intra-sistémicas son, por consiguiente, un aspecto fundamental de esta totalidad que es evolutiva no obstante tender a la estabilidad. La totalidad del sistema define también sus interfaces” (Lebovici *op. cit.*).

b) “Cannon introdujo en biología el concepto de homeostasis. La teoría de sistemas lo retoma en un análisis cibernético. Efectivamente, por realimentación o *feed-back*, las informaciones exteriores desencadenan modificaciones en los sistemas” (*ibid.*). Es decir, a cada cambio del exterior se desencadena un ajuste o reacción del sistema, cambio que provoca también un ajuste en el exterior, de tal suerte que estamos hablando de “un macrosistema constituido por sistemas donde tanto en lo macro como en lo micro se tiende a la estabilidad, estabilidad que ciertos sistémicos señalan como un doble proceso, por un lado la *morfofostasis* (u homeostasis) y por otro la *morfogénesis* (o evolutividad constructora)” (Watzlawick y Weakland, 1986).

c) “La teoría de los sistemas postula que la causalidad de los acontecimientos humanos no es lineal, sino circular, interactiva, transaccional y retroalimentadora” (Lebovici, *Op. cit.*).

elaborada enteramente para describir ese movimiento de pensamiento [...] Al hablar de transacción en los primeros momentos de la relación objetal, los psicoanalistas admitían implícitamente que la teoría de la dependencia inicial se debía asociar a una teoría de la ‘Espiral transaccional’, en donde madre y bebé se influyen recíprocamente. [...] Para que dentro de un campo interactivo, se organicen en el tiempo y el espacio para dar lugar a las particularidades del funcionamiento psíquico de los niños y los adultos” (*ibid*).

Otra acepción de la espiral relacional la podemos encontrar en el término acuñado por Gutton (1987) denominado ‘La Unidad narcisista primaria’, ésta se refiere al sistema interactivo de relaciones primarias constituido por el bebé y su madre después del parto, donde el compromiso del bebé es doble y contradictorio. Por una parte, está la intensa adecuación al mundo que lo rodea, o para mayor exactitud a su madre, y por otra parte, “la inadecuación impera: neotenia” (Lebovici, *op. cit.*)<sup>4</sup> de la cría humana, seducciones de las que es objeto desde el nacimiento a raíz de los cuidados maternos. El bebé ingresa desde el principio en la historia conflictual de los padres, momento figurante de los temas fantasmáticos pasados, representante inscrito en el inconsciente de los adultos que lo nombran; su primera experiencia consiste en la intrincación de las pulsiones agresivas y libidinales de que es objeto: a) unido a la madre, cuya falta colma, y mantenido a distancia objetal; b) investido y desinvestido alternadamente y al mismo tiempo; he ahí las posiciones antitéticas conferidas al niño, en que se retoman los tópicos de la adecuación y la inadecuación.

El *si-mismo*, llevado y traído de su estatuto de objeto interno de la madre a su estatuto de objeto externo a ella, constituye fórmulas de síntesis originales y móviles” (*ibid*). Es así como entendemos la dinámica de esta relación, pero ¿qué ocurre del otro lado de este sistema?, ¿cuáles son las respuestas que proyecta el bebé?, y más aún, ¿cuáles son los mensajes que él mismo manufactura?. Durante mucho tiempo se pensó que el lactante no era más que un receptáculo pasivo donde se acumulaba información, pero por el contrario, se ha descubierto que, desde el nacimiento, su papel resulta sorprendentemente activo y dinámico dentro de las interacciones, dotado de una gran variedad de canales de comunicación.

“El recién nacido no es [...] la víctima de un sistema sensoriomotor deficiente, sino que, por lo contrario, desde un primer momento aparece dotado de un importante equipo de comunicación por todos los canales sensoriomotores: el visual, el auditivo, el olfativo; reconoce rápidamente la voz y el olor de la madre, tiene notables aptitudes imitativas, y presenta una sincronización de la motricidad que se amolda a las inflexiones de la voz y de la mímica<sup>5</sup>. El recién nacido no es un pasivo receptáculo, circunscrito a funciones puramente internas y automáticas, concentrado en sí mismo en el marco de una monótona y abrupta alternancia de tensión y distensión, vigilia y sueño. Es un partícipe activo, dotado de iniciativa y apetencias, apto para aprehender, para conocer, para provocar la

<sup>4</sup> Neotenia: “es un término de anatomía comparada que define el cociente del tiempo de desarrollo hasta la madurez, en relación con el tiempo de vida. Es muy específico en el ser humano, en quien el crecimiento se produce durante una tercera parte, más o menos, de la duración total de la existencia” (Lebovici, *op. cit.*).

<sup>5</sup> Estas capacidades se analizarán con más detenimiento en el capítulo 2

comunicación. Con el término “competencia” se designa su triple aptitud de percibir las señales emitidas, reaccionar a esas señales y provocar la comunicación” (Kreiser, 1987).

De tal suerte que el considerar al bebé como *pasivo* es una especulación no justificada por los hechos. Y la concepción de que un niño es más activo durante, por ejemplo, la etapa fálica que durante la oral, es totalmente falsa, es más, una etapa donde no existe en absoluto el término pasividad es en los primeros meses de la vida, en todo caso el término pasividad se corresponde más con la adultez que con la lactancia. “Cuando detectamos en un *infans* algo que realmente pueda pensarse como pasividad, es que estamos frente a una perturbación seria, como puede serlo una depresión grave o un incipiente proceso autista, a menos que –y es lo más común– se trate de una enfermedad orgánica que lo aquiete” (Rodulfo, 1989).

Es más, la capacidad ‘metabólica’ de la información y estímulos que el bebé recibe del exterior es tan grande que ni la madre ni el padre la pueden controlar en su totalidad, es decir lo exponen a ciertos estímulos y a otros no, pero no pueden determinar la forma en que será organizada y estratificada esta información, es a lo que Winnicott (1969) aísla como ‘el factor de la espontaneidad’, algo que ni el padre ni la madre le dan al bebé. Sin embargo, la materia prima proviene del exterior, y si esta se da a cuentagotas, o en una cantidad suficientemente buena, o en el otro extremo, en un caudal que sea imposible de procesar o metabolizar, sí depende de los padres, y de su operar sobre el bebé, es importante no confundir la dependencia del lactante respecto de los materiales con que se estructura, con pasividad. Puesto que esta serie de materiales nunca son *unívocos*: “el mito familiar es una cosa extremadamente heteróclita, jamás un sistema armonioso y homogéneo, obediente a la lógica aristotélica. Su organización es la del *collage*, donde los elementos están bastante mal pegados, y así permiten la subsistencia de muchas contradicciones.

De modo que en realidad el mito familiar no tendría cómo imponer al niño una dirección unívoca de la que él mismo carece. En conjunción con la espontaneidad, esto promueve lo imprevisible. [...] Es por esto, que la causalidad en psicoanálisis nunca es simple. Las funciones no son causa; plantean, lo que no es poca cosa, condiciones, [...] Y aun debemos añadir que este proceso inconsciente se vuelve más complejo, teniendo en cuenta que los padres no saben lo que ponen; de hecho ponen más o menos de lo que creen poner, entre otros motivos a causa de su propia sujeción a la prehistoria familiar” (*Ibid*). Pero, ¿de qué manera se tiene acceso durante la lactancia a este *collage* que es la historia familiar?, ¿Cuáles son los hilos conductores que sostienen la interacción entre las partes del sistema, a decir, la madre y el bebé?, La respuesta es el medio que está constituido precisamente por los cuidados maternos, su estilo y calidad, este es el ámbito y expresión de las interacciones primarias, determinados no sólo por la madre aunque su papel tiene un mayor peso, sino también por el lactante en la medida de sus capacidades en continuo desarrollo.

Es decir, la economía de las interacciones entre la madre y el bebé apuntalan y administran la economía mental y somática del pequeño infante, ubicándolo en la cadena generacional y haciéndole participe del mito familiar. Además de ser el lugar inaugural

del aparato psíquico del lactante, '*espacio especular transicional*' (Winnicott, 1971)<sup>6</sup>, donde da comienzo el desarrollo de la relación objetal del bebé.

Profundizando un poco más en lo que se refiere a la constitución del vínculo entre la madre y su bebé, encontramos el trabajo de dos pediatras norteamericanos, Klaus y Kennel (1976), donde llamaron la atención sobre la especial importancia que revisten los instantes inmediatos al nacimiento: opinaban que los primeros días, y aun las primeras horas, siguientes al parto constituyen un periodo durante el cual las madres tienen una particular sensibilidad para con el bebé, y este incrementado nivel de sensibilidad facilita y favorece el proceso de apego que habrá de unir a la madre con su bebé, así mismo, en un estudio longitudinal de Kennel, Trause y Klaus (1975), se encontró que los niños que tuvieron un contacto precoz más prolongado con sus madres, a los tres años y medio mostraron resultados en el test de cociente intelectual de Binet-Stanford eran más altos que los obtenidos por un grupo control de niños que disfrutaron de un menor contacto con sus madres en las primeras horas y días de nacidos. Los resultados de estos trabajos nos inclinan a considerar que, en efecto, los primeros instantes posnatales constituyen un periodo sensible para la creación del vínculo madre-hijo. De lo cual Lebovici (1988) nos expone dos interrogantes: 1) ¿Cuál es la cronología de ese periodo sensible? y 2) ¿Cómo se puede explicar su existencia?

En lo que se refiere a la cronología del periodo de sensibilidad, el estudio de Hales y cols. (1977), aporta elementos que aclaran las cosas, ya que demuestra que las primeras horas posnatales tienen una importancia singular<sup>7</sup>. Pasemos ahora a la segunda cuestión: ¿Cómo se puede explicar este periodo de sensibilidad? Desde la Etología podemos encontrar la respuesta: ciertas especies viven este periodo de sensibilidad, pero queda por descubrir el determinismo de este fenómeno. ¿Obedece a causas hormonales? ¿O tal vez a otros factores biológicos? No es nuestra intención detenernos en las explicaciones biológicas de este fenómeno. En cambio consideramos productivo recordar que en la especie humana este periodo sensible sobreviene al término de una fase particular de la vida psicológica de la mujer, como es la del embarazo y el parto. Bibring y cols. (1961) demostraron la especificidad de los procesos psicológicos del embarazo, y postularon la idea de que este periodo tiene una característica común con la adolescencia<sup>8</sup> y la menopausia por que se trata de tres periodos en que la vida mental se modifica considerablemente, y se diferencia con gran nitidez de lo que fue hasta entonces y lo que

<sup>6</sup> El espacio especular transicional es un concepto límite formulado por Winnicott que se refiere a una zona intermedia que se ofrece al bebé entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de realidad, es decir, es una superposición entre lo que la madre proporciona y lo que el bebé puede concebir al respecto, es una zona de ilusión donde el bebé no puede discernir si los objetos y eventos que se desarrollan dentro de esta son aportados por el exterior de él o creados desde su interior (Winnicott, 1971).

<sup>7</sup> En su investigación un grupo de veinte madres tuvo la posibilidad de estrechar desnudo contra ellas a su recién nacido, es decir, de establecer un contacto precoz piel a piel con el bebé; un segundo grupo no vio al bebé hasta pasadas doce horas del parto; un tercer grupo tuvo también la posibilidad de vivir un contacto piel a piel prolongado (45 minutos) con el bebé, pero sólo doce horas después del parto. Las observaciones de la interacción, a 36 horas del nacimiento, revelaron que las madres del primer grupo mantenían mayor proximidad con su bebé (había mayores posturas cara a cara, miradas y palabras dirigidas a los bebés, más caricias, besos y sonrisas) que las madres de los otros dos grupos.

<sup>8</sup> Este tema se revisará con más detenimiento en el apartado que habla de las relaciones objetales de la madre.

luego será la vida de la madre. Así mismo, el parto es una experiencia extremadamente intensa y aguda, no sólo en el sentido físico, sino también en el plano psicoafectivo. Como es sabido, las mujeres lo viven de diferentes formas: dolorosa, orgásmica, a veces una combinación de ambas, triunfal, despedazante y muchas más. Pero lo común es que el recién nacido se presente como el que da sentido a esta experiencia aguda y crítica, el bebé aparece como su justificación, como una clase de recompensa, como un sentido, y en algunas ocasiones como el culpable. “El bebé, vivo y completo, está tanto más vivo y es tanto más digno de amor cuanto que combate y vence, por su propia vida, las angustias de muerte y persecución de la parturienta” (*ibid*). Pero la experiencia del parto y de las horas posteriores es mucho más que una experiencia de dolor o de ansiedad. También constituye un estado de *shock* (Laplanche y Pontalis, 1981)<sup>9</sup> psicológico. Una de las mujeres interrogadas por Oakley (1979) indicaba: “Es demasiado (son demasiados los afectos) para que el espíritu pueda dominarlos”.

Entenderemos así que el contacto con el bebé, que ha salido intacto del trance, es en general una experiencia de alivio. Al estudiar la relación entre angustia y dolor se ha encontrado que conforman un sistema dialéctico donde cada uno, con su incremento, incrementa al otro. El dolor es angustiante porque despierta fantasmas referidos al cuerpo, a su integridad, y a sus lesiones. Así mismo, reactiva vivencias de castigo y persecución e induce a una regresión psicoafectiva, tanto de la libido objetal como de la libido narcisista: las relaciones de objeto vuelven a modalidades infantiles y se intensifica la investidura narcisista del cuerpo propio<sup>10</sup>. La angustia se encuentra presente y es considerable aun antes de que el trabajo de parto dé inicio (Lebovici, *op. cit.*).

Como cualquier traumatismo afectivo, el *shock* psicológico del parto tiene efectos duraderos en la vida mental, pero Lebovici (*op. cit.*), considera que en el caso de las parturientas, esos efectos pueden no significar *perturbaciones*, sino, por el contrario, crecimiento y desarrollo en la vida psicológica del sujeto. Ahora bien, resulta lógico que la parturienta viva un pasajero estado de despersonalización cuando su imagen corporal se modifica tan radicalmente en el momento mismo en que un ser viviente, con el cual en parte se siente todavía identificada, sale de ella misma. Además debemos de introducir la idea de que el bebé tiene una participación activa, sobretodo por medio de la mirada, en la formación del vínculo ultraprecoz. Ahora bien, del otro lado de la diada, encontramos que los recién nacidos tienen un estado de vigilia calmo y atento en las horas inmediatamente posteriores al nacimiento y antes de recuperarse, durmiendo, de la conmoción sufrida.

Tal estado de vigilia es de celebrarse, porque se articula de forma perfecta con la necesidad, de orden afectivo, que tiene la madre de comunicarse con el bebé durante las primeras horas posnatales y de ser confirmada su identidad como progenitora de ese bebé, además de que este encuentro da la oportunidad de comenzar a forjar desde un

<sup>9</sup> Por *shock* nos estamos refiriendo a la acepción psicoanalítica de la palabra, y más precisamente al aspecto económico de esta definición, es decir: “En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un flujo de excitaciones que es excesivo con relación a la tolerancia del sujeto y a su capacidad de dominar y elaborar psíquicamente sus excitaciones” Laplanche y Pontalis, 1981.

<sup>10</sup> Este tema también se revisará con más profundidad al habla de las relaciones objetales de la madre, apartado 1.4 de este mismo capítulo.

principio (momentos después del parto) el nuevo proceso relacional entre ambos, proceso que hemos denominado unidad narcisista primaria y que es justamente el punto de partida de la configuración de lo que denominamos cuerpo libidinal, tema que procederemos a desarrollar a continuación.

### ***1.3 La unidad narcisista primaria como punto de partida del cuerpo libidinal***

Como observamos en los apartados anteriores, el lactante no alcanza una diferenciación entre las sensaciones provenientes del mundo exterior y las de él mismo, de tal manera que funciona en el sentido perceptivo-motor, dentro de una indiferenciación exterior-interior, esta forma de funcionamiento ha sido estudiada desde hace tiempo, tanto por la Neurobiología como por el Psicoanálisis. Para este último, la relación entre el lactante y su madre durante las primeras semanas de vida es de carácter simbiótico, (Freud, 1985)<sup>11</sup>; para que este sistema de interacciones sea posible, es necesario que la madre realice una reorganización intrapsíquica consciente e inconsciente de su aparato psíquico. Al respecto Winnicott presenta una concepción extraordinariamente acabada de lo que a denominado “la preocupación materna primaria,” (Winnicott, 1969)<sup>12</sup> dentro de la terminología de “la regresión materna”, la preocupación materna primaria es un estado comparado, según Winnicott a estados de retraimiento, disociación e incluso, a trastornos profundos de tipo esquizoide. Se trata de la reacción normal (y esperada) de la madre, se caracteriza por una hipersensibilidad con respecto al bebé, tanto antes como después del nacimiento, y resulta indispensable para que el bebé pueda ser objeto de cuidados muy específicos. Este es el “clima emocional”, la “intuición materna” que cuenta con su mejor ejemplo en el sueño de la nodriza citado por Freud (*op. cit.*).

La preocupación materna primaria resulta ser fundamental para la supervivencia del bebé, ya que esta preocupación es indispensable para que se ejecute satisfactoriamente la función operatoria de los cuidados maternos, en su calidad descansan “la construcción original del *self*” y “el sentimiento continuo de existir”, es la dimensión donde se estructura “el primer espacio de ilusión”, (Gutton, 1987)<sup>13</sup> del bebé y resulta ser el lugar virtual donde el lactante experimenta lo que ya está allí. Según Winnicott, la preocupación materna primaria neutraliza las angustias primitivas del bebé, estimulando el desarrollo del “sentimiento continuo de existir”.<sup>14</sup> En la tópica metapsicológica, el proceso predominante de la preocupación materna es la de la identificación primaria. Las

<sup>11</sup> *La unidad simbiótica* es la asociación de dos seres vivos de distinta estructura, que resulta indispensable para la supervivencia de al menos uno de ellos (el bebé), y útil, y hasta psicológicamente necesaria, al otro (la madre). Es imposible deslindar los dos conjuntos que participan: más que de su intersección, se trata de su confusión. En esta pareja fusional nadie podría decir “si la madre da de mamar a su hijo o si él mama de ella” (Freud, 1985).

<sup>12</sup> Se entiende por preocupación materna primaria a lo que vendría siendo la madre lo suficientemente buena, adaptada casi en un cien por ciento, donde debè de ser más dedicada que sabedora” (Winnicott, 1969), es una actitud que se plasma en la actividad y las respuesta a las necesidades del bebé.

<sup>13</sup> La ilusión se define aquí como la experiencia de creación en el que el lactante crea (o recrea) lo que la madre ya creó para él. Forjada del encuentro entre lo que el niño espera y lo que la madre le pone a su disposición. en un primer tiempo une a la madre y el bebé, para en un segundo tiempo permitir y promover su separación (Gutton, 1987).

<sup>14</sup> Esta posibilidad de *sentimiento continuo de existencia* postulado por Winnicott difiere del planteamiento kleniano de la primera posición.

madres se identifican de una u otra manera con el hijo que se desarrolla en ellas, y por ese medio alcanzan una intensa sensibilidad para lo que necesitan. Cuanto mejor la madre se acopla al bebé y éste a ella, las cosas marchan mejor; desde el lado del bebé, mientras éste se acople y responda mejor al estilo de la madre, será un bebé que tenga más posibilidades de beneficiarse con *una madre suficientemente buena*.

La tesis de Winnicott que concibe a la preocupación materna como una regresión psicótica, se sitúa sobre la línea de trabajos de Ferenczi, en los que se menciona la importancia de la regresión en la posición materna arcaica, determinante de un reacomodamiento en la actividad perceptiva de la madre a las señales del bebé. Es decir, un cambio en la percepción del cuerpo propio (para la madre) y del otro (el del bebé), del adentro y el afuera, una extraña aprehensión y percepción del mundo que rodea a la unidad narcisista, y la realización de los anhelos de omnipotencia. Esta regresión explica el afloramiento intenso en la relación madre-hijo de la dualidad pulsional (libido y agresividad) de la madre respecto al bebé (Gutton, 1987). Cayendo el acento en la pregnancia de ciertos aspectos pulsionales (orales especialmente). “El interés que la madre presta a las distintas partes del cuerpo del bebé (con lo cual asegura su supervivencia) tiene en parte su origen en la emergencia normal de las pulsiones pregenitales. Paralelamente, se puede producir una disminución temporaria o focal de ciertas prohibiciones *superyoicas*” (*ibid*). Esta dinámica libidinal regresiva constituye un resurgimiento y reactualización del pasado en el presente, determinado por la compulsión a la repetición, en virtud de lo cual la madre revive los primeros meses de sus propias relaciones parentales.

Dentro de este mismo orden de ideas, encontramos que Racamier (1961) menciona que la estructura psíquica materna se acerca, normalmente pero de forma reversible, a lo que sería una estructura psicótica, definida en los siguientes términos “El *yo* abandona, para tratar con las pulsiones, los mecanismos defensivos elaborados que son propios de la neurosis o del estado normal habitual; el sentido de la identidad personal se vuelve fluctuante y frágil; las relaciones objetales se desenvuelven de un modo regresivo, en particular en el de la confusión del *sí-mismo* y del otro”. Por lo tanto el término de estructura psicótica empleado aquí remite a una especial organización del *yo*, y no a una estructura conformada en definitiva como lo que conocemos clásicamente por psicosis. Este estado “psicótico normal”, esta crisis de la *maternalidad*,<sup>15</sup> es comparable con una crisis de identidad, en el sentido empleado por Erikson para describir la adolescencia. Donde se observan grandes trastornos hormonales, replanteo y resignificación de los conflictos infantiles, complejos juegos de identificación, e investiduras libidinales y agresivas, nuevas posiciones relacionales y amplias variaciones en la representación del *sí-mismo* y del medio. Esta descripción estaría incompleta si no se le añade las precisiones de su doble función:

- a. Es necesaria para el bebé, a quien garantiza la supervivencia y la construcción original del *self*.
- b. Así mismo, necesaria para el equilibrio psicológico de la madre. “si la madre del bebé es la persona más apta para la atención de ese bebé, es porque pudo alcanzar ese

<sup>15</sup> Término introducido por Benedek, y adoptado en Francia por Racamier (1961).

estado especial de preocupación materna primaria sin estar enferma.”<sup>16</sup> (Winnicott, 1969).

Pero a diferencia de Winnicott, Gutton considera que la tesis de la preocupación materna primaria como estado comparable al psicótico es extrema, ya que el universo simbiótico del bebé difiere del universo simbólico de la madre. La concomitancia de ambos estados (el de la madre y el del niño) lo mueve a plantear reservas con respecto al punto de vista de Winnicott, ya que a diferencia de él no considera la posición materna tanto como psicótica en el sentido llano de la palabra, sino más bien como estado límite, ya que si bien muchas de las conductas, vivencias y estados intrapsíquicos de la madre tienen características afines a la psicosis, por otra parte, un estado psicótico, no le permitiría a la madre llevar acabo los cuidados maternos que el bebé requiere.

De ahí el que el problema planteado por el “diálogo” y la “reciprocidad” entre madre e hijo, deba resituarse de la frontera entre ambos organismos a la frontera en el interior de la madre, en donde se yuxtaponen los dos tipos de organización de ésta (preobjetal y objetal) durante el posparto. Esa conexión no excluye las investigaciones que se han mencionado, pero valoriza en el abordaje clínico, la escucha desde la perspectiva psicoanalítica que se tenga del discurso materno: las cosas ocurrirían como si la posición de la madre respecto de su bebé remitiera a sus propias modalidades regresivas, es decir, a la posibilidad de que se yuxtapongan en ella misma las posiciones simbióticas y simbólicas. Por estas causas, Gutton señala que el lugar donde se debe de poner el acento, o más bien, al lugar donde se inclina la balanza dentro de la relación madre-bebé, es hacia la madre y sobre todo a la capacidad de regresión de ésta.

Dentro de este ámbito de ideas, es de suma importancia resaltar que esta reubicación del acento en la relación madre-bebé, no anule al bebé como agente productor de mensajes, es decir, el bebé también responde y más aún genera mensajes dirigidos a su entorno, principalmente a su madre, dentro de esta amplia gama de señales manufacturadas por el lactante, podemos encontrar: su mirada, su llanto, su postura, su calma o excitación. Señales que poco a poco van alcanzando ciertos patrones o ritmos, que si no sabemos identificar tanto nosotros como observadores, como la madre como procuradora de afecto y cuidado, se corre el riesgo de no entender el mensaje emitido por el bebé, (Pontalis, 1979)<sup>17</sup> y por consiguiente no satisfacer su demanda

La regresión psicológica tiene por función constituir la unidad narcisista primaria, y con ello colmar en ambas partes la separación producida por el parto. Por lo tanto, la

---

<sup>16</sup> Winnicott añade: “No obstante, una madre adoptiva o cualquier otra mujer capaz de estar enferma en el sentido que hemos indicado, puede adaptarse suficientemente bien, en virtud de su facultad de identificación con el bebé”, y su capacidad de regresión.

<sup>17</sup> Al respecto, Pontalis (1979) plantea el modelo de “El cuarto de los niños”, donde dice que, en efecto, no nos encontramos en la habitación mental del inconsciente: <<por paradoja, es el psicoanálisis de niños el que más radicalmente que el psicoanálisis de adultos, debiera de liberarnos de la ilusión arcaica>> de un niño pasivo. más adelante continúa Pontalis: La lección es de importancia y de partida doble. En primer lugar, de mantenernos a la expectativa de lo que ocurra en el cuarto de los niños –sea que nos quedemos fuera, sea que irrumpamos– correríamos el gran peligro de no oír finalmente más que el sonido de nuestro propio discurso interior.

regresión lleva implícito el deseo de la madre de recuperar a su hijo *in utero*. Sin este hijo, la madre no logra curarse de su estado psicótico, por lo que “si el niño muriera, el estado de la madre se revelaría bruscamente patológico” (Winnicott, 1969). De tal manera que cualquier distanciamiento fantasmático o real en la relación madre-bebé hace correr riesgos psicopatológicos a la madre. Al respecto Anne-Dargassies (1974) señala que en ese momento “la presencia y el contacto de la madre son ante todo benéficos para ella: previene su angustia por medio del conocimiento precoz del hijo; la condición, desde luego, es que ella misma manifieste el deseo de tener ese contacto”. Gutton (*op. cit.*) nos propone la siguiente fórmula: el niño cura la preocupación materna primaria al satisfacer a su madre.

Si consideramos que la regresión de la madre constituye un elemento de importancia en el continuo de los cuidados dedicados al bebé, está claro que el fracaso total o parcial de esa regresión pondrá a la relación madre-hijo en una situación de gran fragilidad. La relación entre la madre y su bebé se caracteriza por el hecho de que el sentido de los mensajes intercambiados entre ambos resulta por completo dependiente de la relación misma; en el límite, esta relación llega a determinar el contenido del mensaje. Esta metacomunicación resulta posible gracias a la regresión materna. Si esta se encuentra ausente, las cosas ocurren como si el lactante no tuviese el auxilio del clima materno para superar las eventuales contradicciones que se presentan dentro de los mismos cuidados maternos gracias a la ambivalencia que explicamos en un apartado anterior. Si estos no son demasiado contradictorios, el niño no lo resentirá, pero si los cuidados no toman en cuenta los ritmos del niño, entonces corre un considerable riesgo. A mayor distancia entre la madre y su bebé, más repercuten las contradicciones neuróticas de la madre y crece el riesgo de desinteligencias entre ambos. Al respecto Gutton (*op. cit.*) realiza la siguiente fórmula: *a más débil regresión materna, mayor el riesgo de que los cuidados maternos neuróticos resulten patógenos.\**

Es tiempo de ubicarnos (en lo posible) del otro lado de la interacción, es decir, del lado del lactante, al decir libidinización nos estamos refiriendo al proceso de apuntalamiento de las pulsiones libidinales de la madre sobre el cuerpo del lactante. Esto es, como lo explica Freud (1905): “Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la necesidad de alimentarse. [...] La función corporal provee a la sexualidad de su fuente o zona erógena; desde el comienzo mismo, esta le indica un objeto, que es el pecho; procura, en fin, un deseo que no se reduce a la pura y simple saciedad del hambre, sino que es una especie de prima de placer” posteriormente, durante 1910 y 1912, Freud establece la oposición entre las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación, donde el apuntalamiento viene a nombrar la relación originaria entre ambas: “El quehacer sexual se apuntala primero, (es decir, se asienta) en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida”.

Este concepto traza dos características opuestas del desarrollo de las pulsiones libidinales, por una parte, especifica las fuentes orgánicas de estas. No existiría energía libidinal específica respecto de los fenómenos fisico-químicos de base. Por lo que el concepto de pulsión queda implícitamente ligado a los procesos bioquímicos. A partir de este marco

---

\* La cursiva es mía.

de referencia espacio temporal, las experiencias instintivas del lactante pasarán a adquirir su aspecto personalizado. Lo que constituye la segunda característica del desarrollo de las actividades libidinales: aquí se disocian de su finalidad biológica. Empuje de naturaleza biológica, la pulsión nacida “como efecto colateral, a raíz de una gran serie de procesos internos” (Freud, 1905), se diferencia del orden orgánico por la misma modificación de ese orden que le dio origen. Es reproducción ilusoria, reanudación en vacío de una actividad que antes sirvió a una satisfacción real. La sucesión de tensiones y descargas que caracteriza al funcionamiento pulsional puede ser comparada con el funcionamiento de la necesidad, pero se diferencia de éste en que ahí se ha desvanecido la finalidad de la función biológica.

En la formulación de Laplanche (1970) la pulsión se vuelve autoerótica porque ha perdido su objeto: el objeto alimentario desapareció en el chupeteo. La libido desarrolla su primera historia en forma dialéctica, como antítesis de la necesidad. El lugar del cuerpo donde se manifiesta la pulsión (la zona erógena) es centro de circulación de energía en donde se sitúa una perpetua diferencia tensional. Esta diferencia de los niveles de tensión basta para caracterizar su funcionamiento. Gutton (1987) considera que el *proceso de apuntalamiento pulsional* se descompone en tres tiempos: el primero es el anátomo-fisiológico: el del funcionamiento de la necesidad. Este tiempo aparece o reaparece sólo en ciertas situaciones patológicas de excepción, que los grandes progresos de la neonatología invitan a considerar. Al decir esto, nos referimos muy en especial al prematuro. Su cuerpo parece totalmente gobernado por el determinismo programado de la maduración neurológica, cuya dinámica se mantiene impermeable al ambiente, cualquiera que éste sea.

El segundo tiempo es el de *la concomitancia, en torno del objeto anátomo-fisiológico*,\* de la necesidad y del deseo del naciente. Por ejemplo: el alimento es el objeto con que se colma el hambre y los primeros deseos de succión. Esta concomitancia puede ser concebida como periodo de apuntalamiento, o tiempo de apuntalamiento, en una unidad de lugar. La zona de funcionamiento se vuelve erógena. Este tiempo comprende no sólo el tiempo de la satisfacción, sino el que lo precede, es decir, esos momentos en los que el niño expresa la tensión de su necesidad, o sea, el tiempo de la señal.<sup>18</sup>

En el tercer estadio, la actividad cobra autonomía e independencia respecto del funcionamiento biofisiológico. El chupeteo se desarrolla entre los momentos de succión del alimento. *La zona erógena se concibe como sede de una excitación de placer irreductible al solo funcionamiento biofisiológico, situada en el lugar en que se efectúan los intercambios del organismo*.\* A partir de este estadio, la actividad libidinal aparece simultáneamente en las secuencias de satisfacción de la necesidad (la concomitancia) y aislada de esta última en el plano temporal.

---

\* La cursiva es mía.

<sup>18</sup> Este elemento remite a la teoría de Freud sobre la angustia como señal (1926): de la misma forma encontramos en Winnicott (1969) la función del “tiempo de señalar”, para el caso del lactante, en el devenir de su capacidad de estar solo.

\* La cursiva es mía.

La segunda hipótesis propuesta por Gutton, inseparable de la que acabamos de mencionar, es la de que el exterior hace del cuerpo del recién nacido un lugar de emplazamiento de su deseo, considerando como exterior a la madre, o a quien realice su función. “El desarrollo del cuerpo erógeno del niño se apunala también en la realización del deseo materno. El niño es objeto de ese deseo; los cuidados maternos pueden ser descritos como el protocolo de la realización de ese deseo. El proceso ha tomado, desde Freud, el nombre de seducción primaria” (Gutton, *op. cit.*).

Es más, es el mismo Freud (1905) quien designa a la ternura de los cuidados maternos como un primer modelo de vínculo libidinal. “El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacciones sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona –por regla general, la madre– dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho”. Es justamente gracias a esta condición sexual del apego materno que el psicoanálisis tiene acceso a su estudio. El concepto de seducción primaria es fundamental, por que abre a la investigación psicoanalítica la relación madre-bebé y la observación de las interacciones precoces. Al respecto Gutton (1987) señala que *“esta hipótesis se representa como el principio básico de la metodología con la cual nos proponemos ligar los datos del inconsciente materno con los comportamientos del lactante, imaginando la existencia de un continuo entre la libido materna y la de su bebé.”*\* Empleando como vía de comunicación justamente las interacciones precoces.

Sin embargo, cabe señalar que el lugar que nosotros asignamos a la seducción primaria, sólo es complementario del apuntalamiento, ya que por una parte consideramos que el apuntalamiento enraiza la pulsión libidinal en lo biológico, permitiendo su funcionamiento. Y por otra parte, significa un corte profundo y específico que la libido materna suscita y que el bebé debe metabolizar, resulta importante destacar en este punto que, al considerar que es el mismo bebé quien metaboliza la pulsión, le estamos otorgando un lugar activo dentro de la relación con su madre, con esto se toma distancia del planteamiento original de Freud quien considera al bebé un agente pasivo dentro de la relación madre-lactante.

Gutton nos indica que el deseo materno inscribe una erogenidad cuantitativa y cualitativa al crear, durante los cuidados, una excitabilidad en un lugar del cuerpo del niño. Con lo que se llega a una segunda definición de lo que son las zonas erógenas, complementaria a la anterior: *“La tópica de estas zonas se sitúa preferentemente en los lugares de intercambio entre lo somático del lactante y el deseo materno. La madre aporta del exterior lo que en buena parte pasará a ser el “Ello” del niño, cuyos empujes tomarán origen desde entonces en el interior”*. Como diría Laplanche (1979) “Una verdadera implantación de la sexualidad adulta en el niño”. En este mismo orden de ideas, Freud formuló la hipótesis de que la seducción puede ser considerada como sinónimo de humanización, así mismo, es ella quien “inocula” una excitabilidad que el bebé sólo alcanza a resolver parcialmente. Encontramos que la madre resulta ser una fuente de

---

\* La cursiva es mía.

excitación en el momento mismo que apacigua las necesidades de su hijo. La problemática de la falta, y posteriormente de la castración, se inscribe directamente en el despertar prematuro de la pulsión sexual.

El niño nace en el inconsciente y el consciente parentales mucho antes de su nacimiento en lo real, el cuerpo biológico del bebé queda envuelto en una secuencia escénica fantasmática cuya historia remite a la de los abuelos. La trayectoria y el deseo de los padres, que se reactualiza durante las interacciones precoces tiene origen en los primeros esbozos del inconsciente de ellos, en el que se inscriben las generaciones antecesoras. Con motivo del nuevo nacimiento se produce una reescritura, una resignificación de las pasadas etapas libidinales de los padres. De tal forma que el niño viene a ocupar un lugar esperado, ya elaborado dentro de la "novela familiar" de sus padres (y resto de la familia). El primer capítulo de esta novela que se inscribe en el bebé, el que le da su forma y estructura, se organiza durante el Edipo de la madre. Freud ha descrito este proceso, al describirnos el proyecto fantaseado de la niña (la madre del bebé) durante su propio Edipo; de "tener un hijo con su padre". Este fantasma dibuja *a priori* el cuerpo del hijo futuro y su posición relacional. "El hijo que es posible tener" entra desde tan temprana edad en la escena fantasmática, expresada en los juegos, las palabras y los sueños de la futura madre. El hijo es "significante primordial" en las secuencias escénicas maternas, en el curso de los cuales el recién nacido real cobra sentido, (Gutton, 1987)<sup>19</sup>.

El hijo por venir es un proyecto, sexuado, a menudo nombrado. De esto se desprende el concepto de secuencia escénica fantasmática, que describe la complejidad y dinámica de la relación padres-hijo (y con más precisión, la relación entre la madre y su bebé). Como nos señala Gutton, es justamente esta secuencia escénica fantasmática, con sus niveles de elaboración (edípico y preedípico), actualización genital de esos fantasmas (dialécticas acontecimiento-fantasmas), fratría, embarazos anteriores, relaciones sexuales que dieron origen a ese bebé (deseo sexual hacia el padre, deseo de hijo, deseo de este hijo en específico, etc.), vínculos fantasmáticos de los padres entre sí, tal como se condensan en este bebé, son otros tantos capítulos en que los significantes parentales convergen, enseñándonos a conocer los que llamamos los "*sentidos a priori*" del lactante. El nacimiento del hijo es acontecimiento en el sentido de que es, con evidencia, encuentro entre fantasma y realidad, objeto interno y objeto externo.

El razonamiento de Freud, en la conceptualización del trauma y la teoría de la "posterioridad" (1917) se ajusta perfectamente, en lo que corresponde a la historia inconsciente de los padres. La secuencia escénica fantasmática, en la que el hijo es al mismo tiempo el lugar de convergencia de los significantes parentales (pasados y presentes), es el núcleo originario a partir del cual se edifica en consecuencia, su personalidad. Esta secuencia escénica fantasmática primordial se modifica en sus primeros encuentros con la realidad, es decir, con el desarrollo del embarazo y el parto,

<sup>19</sup> "Esta aserción ocupa un lugar importante en la mayoría de los trabajos actuales de psicoanálisis infantil. Ha sido especialmente explotada por la escuela lacaniana. Algunas observaciones de esos autores ponen en evidencia los estratos sucesivos de la significación del hijo: los más superficiales, como elaboración de elementos recientes aparecidos durante el embarazo y durante el parto, y a su término; los más profundos, percibidos como significantes encubridores de la primera infancia de la madre, que remiten a las palabras de los abuelos. Esta historia de los significantes es la de las estructuras psicopatológicas" (Gutton, 1987).

(Gutton, 1987)<sup>20</sup>. La maternidad, constituye una crisis de identidad donde Gutton ha descrito dos ejes dialécticamente opuestos:

- a. El parto se presenta como ruptura de la unidad simbiótica del embarazo; su vivencia es del orden de la falta (herida narcisista, excorporación de connotaciones agresivas o libidinales, castración), y el problema que se plantea es la recuperación narcisista en el transcurso del alumbramiento. Los datos psicopatológicos dibujan también una semiología de la falta (del orden de la depresión, la despersonalización o la regresión), así como la búsqueda de un nuevo equilibrio.
- b. El parto es descrito como un primer encuentro con el recién nacido, y trae consigo un reordenamiento objetal fundamental. Deutsch (1925) siguiendo a Freud, insiste en que la madre debe de recorrer ese camino psicológico que va desde las posiciones narcisistas del embarazo hasta desembocar en el amor objetal. Este movimiento describe una aproximación entre las dos concepciones del parto ya mencionadas y dialécticamente opuestas: la madre gana afuera lo que ha perdido dentro. El bebé constituye el objeto encargado de curar la primera posición depresiva o regresiva de su madre. El hijo, símbolo de la falta de su madre, es necesario para que ésta consiga colmarla y superarla.

Si la unidad madre-hijo del embarazo procura restablecerse dramáticamente en ocasión de las interacciones precoces, la seducción primaria se inscribe en esta dinámica de recuperación, por parte de la madre, del objeto perdido. El lugar de la seducción primaria se define como una prolongación de la posición narcisista materna que existió durante el embarazo. Pero, ya en el terreno de la práctica, la libidinización por parte de la madre sobre el cuerpo de su bebé, se manifiesta dentro de las interacciones precoces, mediante lo que Lebovici (1988) a denominado: “un baño de afectos”.

A pesar de sus capacidades precoces y el desenvolvimiento de sus interacciones sociales, parece que el lactante vive dentro de un mundo fragmentado, no obstante, las particularidades individuales de su conducta y de las interacciones suponen modalidades de comunicación precocísimas: el lenguaje de la madre es de carácter verbal y extraverbal. Sus palabras corresponden a sentimientos, emociones, contradicciones. Las modalidades del diálogo que ella establece con el bebé pasan por su cuerpo, como la distensión que le procura la realización de los cuidados maternos o la impotencia y la angustia que su inexperiencia traen consigo. De tal manera que podemos observar en sus orígenes el papel de las emociones experimentadas por la madre en su relación con el bebé.

Por su parte, el bebé se comunica bastante pronto con la madre y con todos los que se interesan en él, en sus satisfacciones y necesidades. Sus mímicas y vocalizaciones constituyen otras tantas formas de acción con valor de lenguaje, siempre que el entorno sea sensible a las interacciones emocionales que llevan consigo. De modo, que las

---

<sup>20</sup> Gutton (*op. cit.*) nos indica que el deseo de embarazo propiamente dicho es distinto, sin duda, del deseo de tener un hijo. Muchos embarazos agotan su finalidad en sí mismos. En su transcurso se instala un movimiento dialéctico entre el fantasma de hijo, objeto psíquico interno, y el feto, objeto físico interno también.

relaciones entre el bebé y la madre (o quienes hagan sus veces) pueden ante todo ser descritas bajo el signo de la afectividad. Lebovici nos aclara que la palabra “afecto” ha sido tomada del vocabulario de la psicología alemana (*Affekt*). Se dice así de las emociones cuya expresión lleva a quien las observa, o a quien oye hablar de ellas, a visualizarlas, a dibujar su retrato en la persona que las experimenta: así serían, por ejemplo, los afectos de furor, vergüenza, culpabilidad, alegría, etc. Quizás esto nos esté indicando el camino que sigue la madre para decir que su hijo está furioso, contento, inquieto, alegre, tranquilo, (Lebovici, *op. cit.*)<sup>21,22</sup>.

Se puede, sin embargo, hablar de afectos primarios, y las cualidades de contentamiento, irritación, insatisfacción, furia, extrañeza e incluso miedo señalan cierta progresión en la representación de un objeto, que modula y marca el desenvolvimiento de esos afectos: todo ocurre, como si las innumerables transacciones en que entran el bebé y su madre estuviesen marcadas por afectos contradictorios. Estos permiten al bebé dar un sentido a lo que él siente de los afectos maternos, o del medio, así como evitar, anticipar, separar lo que es familiar de lo que es ajeno. Green (1973) señala que el afecto puede y debe representarse, y que infunde su fuerza al sentido. Con esto recuerda uno de los principios del psicoanálisis más tempranamente establecidos: el que postula que ninguna interpretación es eficaz si no lleva consigo efectos catárticos. Esta regla opera para el caso de la madre, quien sabe emplearla con toda naturalidad en sus comunicaciones y en las declaraciones que dirige a su bebé. En sentido inverso, podría proponerse la idea de que el bebé debe “afectivar” el decir materno. De ese modo, podría quedar definido un baño de afectos interaccional, tema sobre el que ilustra un trabajo de Emde (1980).<sup>23</sup>

Es así como la observación de las interacciones progenitor-lactante suele hacernos pensar que los procesos de comunicación funcionan de forma intensa y rica. Sin embargo, ¿qué es lo efectivamente comunicado entre madre y bebé durante los primeros meses de vida? A diferencia de las interacciones más tardías, el objeto de la comunicación durante los primeros seis meses concierne relativamente poco al mundo circundante, es decir, a los acontecimientos del ambiente o a las personas ajenas a la diada. El objeto de la comunicación se centra directamente en los dos protagonistas, además, lo que al parecer se transmiten es fundamentalmente representado por los *afectos* de cada uno de ellos en

---

<sup>21</sup> Es preciso mencionar que el afecto, cuando no se representa por sí solo, no podría existir separado de las representaciones que connota. Pero la teoría psicoanalítica fija suertes distintas para los afectos y las representaciones. Estas últimas pueden ser reprimidadas, en tanto que el afecto, que significa cierto monto de energía (el *quantum* de excitación pulsional), se desplaza. De este modo puede “afectar” a una representación con la cual no se hallaba originalmente ligado.

Sabemos que las disociaciones entre afectos y representaciones es una de las características del pensamiento patológico de los obsesivos. Este repaso de nociones ampliamente difundidas en el mundo del Psicoanálisis resulta sin duda útil para formarse una idea sobre el modo como la economía interaccional y afectiva adquiere un sentido y admite representaciones en el clima imperante en los comienzos de la vida. (Lebovici, *op. cit.*)

<sup>22</sup> Cabe agregar que no hemos hablado de emoción, la vida emocional está más directamente vinculada con la vida somática y las movilizaciones catastróficas que en ella se pueden inscribir. Los afectos, más diferenciados, orientan hacia la dimensión psicológica y la comunicación.

<sup>23</sup> Este autor utiliza en tal sentido la teoría de las “emociones discretas”: recuerda que desde Darwin (1965) se considera comprensible la expresión de las emociones en el hombre y en el animal. Izard (1975) agrega que ciertos tipos de expresión facial son universalmente reconocidos.

cada instante de la interacción. En otro sentido, se diría que las modalidades de comunicación empleadas por los dos miembros del par (la mirada, la voz, el contacto de la piel, las posturas, etcétera) son mucho más aptas para comunicar el afecto y el estado emocional de cada uno.

Lebovici (*op. cit.*) reporta que durante consultas clínicas realizadas con madres y sus bebés, se vio bastante a menudo sorprendido por ciertas reacciones de los bebés que parecen producirse en el momento mismo en que la madre menciona algún aspecto que tiene para ella una intensa carga afectiva. Por ejemplo, ha oído a un lactante vocalizar en los precisos momentos en que su madre recordaba los hijos que le nacieron muertos, y se podía decir que las emitía exclusivamente en esos momentos. El fenómeno de concordancia entre estos elementos del discurso materno y las reacciones del bebé parecen lo bastante habitual como para justificar que nos preguntemos si es en verdad fortuito. Si no obedece al azar, significará que el lactante percibe ciertos aspectos del discurso de la madre. Es muy dudoso que sea sensible al sentido de las palabras de su madre, pero es admisible que lo sea a los caracteres “prosódicos” del discurso materno: su intensidad sonora y la modulación de esa intensidad a medida que la madre habla, su ritmo, su timbre. Además, puede ser que otros mensajes lleguen al bebé bajo la forma de modificaciones de la postura y del tono muscular de la madre mientras que el niño está en sus brazos, así como de la manera de tenerlo y de los cambios de posición que le impone, de esta forma la madre hace, sin proponérselo, que el bebé “participe” de la conversación.

Algunos psicoanalistas como es el caso de Brenner (1974), entienden que afectos como la ansiedad y la depresión son de naturaleza compleja o responden a un complejo emocional cuyo desarrollo se origina en las funciones de señales primarias que Ekman (1975) agrupó en una lista de siete categorías: la dicha, la sorpresa, los temores, el furor, la tristeza, el asco y los intereses. Esta teoría permite suponer que la estructura de los afectos primarios deriva de experiencias programadas, en cuyo refuerzo acuden los comportamientos maternos, que conducen al aprendizaje social de emociones cada vez más complejas. Esta sería la secuencia: cargas emocionales; expresión afectiva; y finalmente sentimientos, entre los cuales se incluyen los recuerdos afectivos del aprendizaje de la comunicación, del amor, de la ternura, del odio y de la amistad.

Estas referencias e hipótesis conducen a Emde (1980) a destacar la importancia que deben de tener esas emociones en los procesos transaccionales: los lactantes expresan sus afectos; gritan, lloran, vocalizan, sonrían, se agitan, se tranquilizan, miran, esquivan la mirada, y así siguiendo. En cada ocasión la madre, o quien haga sus veces, es ampliamente activada por la expresión visible de esta afectividad. En tal sentido Emde distingue dos etapas:

Antes de los dos meses, únicamente observadores entrenados o madres muy interesadas pueden determinar de qué modos los ritmos de vigilia y adormecimiento —o la motricidad global, los vagidos y otras expresiones— traducen los movimientos afectivos. Y después de los dos meses, los padres sienten más a su bebé como un ser humano capaz de expresarse y comunicarse luego que aparece la primera sonrisa social y significativa. Ahora bien, todas las significaciones que dan en ese momento a estas comunicaciones

preverbales podrían ser atribuidas, en función de anticipaciones premonitorias y creadoras, a intenciones que no existiesen en el bebé. Sin embargo, los afectos que en razón de circunstancias internas puso en marcha el bebé eran ya capaces de estimular afectos parentales precoces. Todo ocurre, por consiguiente, como si en cada conducta cargada de afecto hubiese, por un lado, una parte programada capaz de estimular las creaciones anticipadoras de la madre y, por otro, una parte afectiva, que habrá de desarrollarse en el marco de las interacciones sociales afectivas, después representacionales.

Emde (*op. cit.*) considera que la importancia de este cambio producido a los dos meses de vida se puede entender a la luz de la modificación de la corteza cerebral, que por entonces sobreviene. En ese momento desaparece la mayor parte de los reflejos arcaicos, mientras que la neurogénesis posnatal y la mielinización alcanzan un desarrollo hasta entonces desconocido.

En este mismo sentido de ideas, encontramos que Lebovici (1988) señala: en pie de igualdad con las demás características de la vida psicológica, los afectos demuestran experimentar un desarrollo y una maduración. Evolucionan hacia la diferenciación, hacia la aparición de sentimientos cada vez más matizados y sutiles. Al comienzo, en verdad, parece que el bebé no conocería más que afectos de alto contraste, fluctuantes entre dos polos: el placer y la resolución de las tensiones uno de ellos, y la tensión y la aflicción el otro. Para entonces, la expresión afectiva culminante estaría representada por los llantos y los gritos, donde éstos últimos no son sólo comunicar al adulto una información sobre su estado, sino que también le inducen una sensación de malestar, de urgencia, que quizá reproduzca con bastante aproximación el estado afectivo del bebé. Entre quienes se ocupan de niños pequeños, son mayoría los que destacan la eficacia de los gritos, en su condición de señales, para modificar la vivencia afectiva del progenitor. A partir de los dos meses, parece que los afectos del bebé varían en lo esencial en dos dimensiones independientes entre sí: la dimensión placer-displacer (o aun distensión-tensión, si se prefiere) y la dimensión excitación-no excitación, (Lebovici, 1987)<sup>24</sup>.

Como bien lo evidenciaron Spitz y su escuela (Emde y cols., 1968), hacia los dos meses y medio de vida se produce un cambio decisivo. Una nueva capacidad de expresión afectiva, la sonrisa, aparece desde entonces en forma regular como respuesta a todo rostro humano, en tanto sea móvil y se exhiba de frente. Para Spitz y sus colaboradores, esta aparición de la "sonrisa social" significa todavía mucho más: es la marca de una transformación generalizada en el funcionamiento neurofisiológico y conductual del

---

<sup>24</sup> "Los observadores de la interacción progenitor-lactante suelen hallar un obstáculo teórico en el postulado freudiano según el cual el placer se vincula con un decrecimiento de la excitación, y el displacer, con su acrecentamiento.

La observación de las interacciones progenitor-lactante muestra, en efecto, que el bebé busca en forma activa fuentes de estimulación. Es probable que la contradicción sea sólo aparente: la fórmula freudiana se aplica a las *pulsiones* del bebé, mientras que la búsqueda de estimulaciones se aplica, en realidad, a los intentos iniciales de *elaboración* de la excitación pulsional, durante los cuales la comunicación no se efectúa únicamente en forma de descargas pulsionales, sino de intercambios de señales y por el rodeo de la comunicación distal, que quizá de modo indirecto reduzcan, en última instancia, el nivel de excitación pulsional" (Lebovici, 1987).

bebé. Destacan estos autores que simultáneamente se producen otros fenómenos, en particular el rápido aumento de la duración de la vigilia sobre cada 24 horas, un conjunto de modificaciones electroencefálicas y transformaciones en la percepción, entre las cuales destaca un cambio en la mirada con –a partir de los 2 meses– un “barrido” visual del rostro de la madre. Es además el momento en que los objetos o fenómenos no habituales pasan a ser fuente de atención acrecentada (Emde, 1980). Pero también la interacción afectiva, por esta época, se enriquece considerablemente, es a esta edad en que el juego progenitor-lactante comienza a desarrollarse. Stern (1980) estudió de manera sistemática las expresiones afectivas que aparecen en el rostro de la madre en secuencias de juego con su bebé.

Estos afectos son los elementos esenciales de la supervivencia después del nacimiento. Ellos son el medio para que se establezcan las interacciones sociales entre el mundo del bebé y todo aquello que está fuera de ese mundo. Desempeñan un papel constante en orden de alimentar una relación significativa entre la madre y su bebé, a través de organizaciones que parecen nacer, pero que no hacen sino emerger. La hipótesis más importante es, en definitiva, que estos afectos no son la consecuencia de la interacción social, sino que la acompañan e incluso la determinan y la completan. Las breves referencias teóricas que acabamos de revisar para definir las bases de estas transacciones de afectos justifican que nos valgamos de esos mecanismos para comprender el desarrollo de la comunicación y del lenguaje, así como de sus efectos.

La conexión entre los afectos y las palabras pasan por la noción de la señal. En un trabajo de Rabain Jamin (trabajo en preparación) encontramos algunos datos del estudio que esta investigadora realiza sobre el valor que cobran para la madre y el bebé la utilización de términos aparentemente agresivos en los cuidados y en la crianza. Se trata de madres que emplean cierto discurso familiar, especialmente durante el cambio de pañales y el aseo: “mi cerdito” es, sin duda alguna, un insulto amable; pero a menudo el bebé es un “sinvergüenza” y otras gentilezas por el estilo.

Estas tradiciones pueden entenderse como expresión de la ambivalencia materna y como la autorización de una regresión anal, puesto que la suciedad está más autorizada que la sexualidad, cuando se trata de limpiar, –y en consecuencia, de acariciar, estimular o hacer doler– los órganos genitales.<sup>25</sup> Kreisler y Cramer (1981) dicen que la interacción comprende fantasmas porque el cuerpo del bebé puede y debe convertirse en el lugar en que estos se proyecten. Pero el empleo del lenguaje familiar y su prosodia pueden facilitar el simultáneo desarrollo de un contenido agresivo y de afectos positivos merced al tono y al ritmo empleados por la madre; ella hace caricatura del timbre, y da la señal habitual que brindan el contacto materno y las señales que lo caracterizan. De modo que los variados elementos del diálogo afectivo ponen en su justo lugar unas palabras cuya representación sólo es válida para los adultos. El tono del discurso familiar, escondido y

<sup>25</sup> En algunas culturas estudiadas por Rabain Jamin, por ejemplo en Senegal, estos apóstrofes están institucionalizados, y es probable que tengan un valor propiciatorio. En rigor, si bien este tipo de comunicación refleja cierto tipo de ánimo por lo menos ambivalente en la madre, el afecto que traslada es totalmente contradictorio con aquello que el lenguaje pudiera tener de negativo.

repetitivo, tiene más importancia para el bebé, que vive dentro de su espacio familiar, donde la aproximación de la madre pone en actividad afectos positivos.

Por el lado del bebé, los afectos y las modalidades expresivas bastante pronto pasan a constituir para los padres un verdadero lenguaje. Los ritmos y los medios expresivos son otros tantos modos de acción y comunicación: de eso consta el lenguaje del bebé. Ya se sabe que con anterioridad a la primera sonrisa social y significativa, la madre piensa que su bebé la reconoce y la premia con su sonrisa exclusivamente dirigida a ella. En el plano evolutivo es probable que esta mímica sea forzada por anticipaciones maternas y quizás haya sido preparada por experiencias emocionales organizadas como afectos de origen interno. De la misma manera, la mirada profunda del bebé es también una palabra. La agitación, inquieta o feliz, cuando se le cambia, también es una advertencia. El grito, con sus distintas modalidades de llamado o de dolor, es un signo que habla a la madre. Las más diversas manifestaciones sonoras cobran un sentido. Según lo interpreta la familia, los eructos del bebé son el medio con que este manifiesta hallarse satisfecho. Los “a-gú” que se intercambian entre la madre y su bebé poseen diversos sentidos importantes para la relación.

Lebovici (*op. cit*) señala que con respecto a todos estos modos de expresión del bebé cabe hacer dos observaciones:

- a. Las anticipaciones maternas y los estados afectivos que las acompañan determinan, la especificidad de las reacciones del bebé.
- b. Los intercambios ritmados y festivos, las prosodias maternas, desempeñan un papel de inducción sobre los ritmos expresivos del bebé.

En definitiva, el bebé es impulsado a actuar, y a hacerlo sobre el mundo, para expresarse y comunicarse. Los trabajos del lingüista Bruner (1982), se enfocan a este punto. Por ejemplo el desarrollo de la prensión: si a un bebé en sus primeros días de vida, firmemente sentado sobre las rodillas de su madre, le mantenemos erguida la cabeza, frente a un objeto que brilla, es posible que oriente la mano, aunque de forma imprecisa, en esta dirección; se diría que ya tiene ganas de apropiarse de las cosas que lo rodean.

Desde fines del primer trimestre, de acuerdo con los estudios realizados por Bresson (1982), el lactante se orienta de manera torpe hacia los objetos que se encuentran frente a él. Acercándose a ellos con las dos manos, fracasa en su intento. El niño extiende su mano y se diría que indica el objeto. Su madre comprende que este esfuerzo indica una voluntad, significada por la tensión de todo el cuerpo. Como ella le alcanza el objeto, el bebé aprende a comunicar su deseo de aprensión con el gesto de señalar, que para lo sucesivo tendrá una precisa equivalencia idiomática: “Quiero”. Posteriormente el bebé ya sabe tener el objeto: afina sus gestos, ya no tantea la mesa con los bordes de la mano para tomarlo, ya es capaz de oponer el índice con el pulgar.

Así mismo, entre los dos y seis meses, puede decirse que el bebé y su madre practican un diálogo esencialmente afectivo, al respecto se ha dicho que los afectos y su expresión, constituyen una de las primeras formas del lenguaje humano. El bebé y su madre

exploran juntos diversas modalidades de la relación dual y de la mutualidad. Los terceros quedan relativamente excluidos de este intercambio.

Es Spitz (1968) quien nos indica que entre los 7 y los 9 meses, un nuevo afecto alcanza a diferenciarse con nitidez; el miedo y la aflicción frente al extraño. De aquí en adelante, a la inversa de lo ocurrido en la época de la respuesta con la sonrisa (una reacción que cualquier rostro era capaz de despertar), las actitudes del bebé serán francamente distintas según se encuentre con su madre o con un extraño. De la misma forma, “a los 9 meses el lactante ríe cuando anticipa el “regreso” de la madre en un juego de “acá está-no está” (Emde, *op. cit.*). Es decir, hacia los 9 meses, el bebé ha aprendido finalmente a pasar el objeto –el sonajero, por ejemplo- de una mano a otra. Luego lo tomará para dejarlo caer, momento al que Winnicott llama “el destete”, con esto interpreta que el niño puede (de manera metafórica) tomar y dejar un objeto, como a su madre. El sonajero tomado o pedido para luego arrojarlo o dejarlo caer es lo mismo que un pecho al cual ya no se lo necesita. El objeto soltado significa que el niño es capaz de utilizar referencias o valores simbólicos.

Después, este acceso al código simbólico permitirá al niño utilizarlo en juegos funcionales, como el nieto de Freud con el carretel que arrojaba lejos para que se lo levantasen o, un poco después, hacía desaparecer y reaparecer merced al hilo con que lo sostenía, como si ese juego le diera la posibilidad de dominar los efectos traumáticos de la separación de su madre (y del padre también). En este mismo orden de ideas, Lebovici (*op. cit.*) señala que en esta época, es decir, entre los 8 y 9 meses, como el lactante ya es más consciente de la distinción entre él y su madre, es capaz de representarse la separación de su madre como una eventualidad posible: puede estar solo, puede representarse su soledad. Puede evocar mentalmente la idea de que se encuentra solo frente a un extraño.

Como ya mencionamos anteriormente, por esta época, los juegos de la madre y el bebé giran en torno del tema separación-reunión. Ese es el sentido del “juego del carretel” mencionado por Freud, o del juego “aquí está - no está”, en el que alternativamente la madre reaparece y desaparece. En esta dinámica, lo que la madre hace con su juego de desaparecer es *provocar miedo* en el bebé; de esta forma, el miedo, forma parte de las relaciones del bebé con su madre, y no se limita a ser una manifestación que sobreviene como respuesta a la presencia de un extraño. Lebovici asevera que la angustia de perder a la madre es la manifestación espectacular y evidente de un proceso menos manifiesto, pero de irrecusable presencia en la relación madre-hijo, más allá de la aparición de algún extraño; los intentos activos que hace el bebé para separarse de su madre.

Mahler describió este fenómeno de la siguiente forma: “durante el séptimo y octavo mes pueden apreciarse las tentativas (experimentales) que hace el lactante para separarse de su madre, por ejemplo cuando la empuja para alejarse un poco de ella, o cuando se desliza de sus rodillas para jugar a sus pies en el suelo. En tanto que antes dependía por completo de su madre y se amoldaba a sus brazos con toda pasividad, a partir de ahora, de una manera contrastante con su actitud anterior, el bebé comienza en forma activa a encontrar gusto en el empleo de su propio cuerpo, y a volcarse también activamente hacia el mundo

exterior, en busca de placeres y estimulaciones”. En las semanas subsecuentes, los lactantes “[...] se van, lo que es decir que gateando se apartan de la madre, sin preocuparse demasiado por saber dónde está ella. Parece que no tuvieran plena conciencia de que la madre no constituye una parte de ellos mismos. Pero puede ocurrir que se caigan o se lastimen, y entonces sí que miran alrededor, con expresión de sorpresa, para descubrir que la madre no se encuentra automáticamente a la mano con su inmediato auxilio”.

Por último, “algo que cobra especial gravitación en el establecimiento del sentido de identidad es el efecto estimulante de esas actividades en el establecimiento de las fronteras corporales y en una profunda toma de consciencia sobre las partes del cuerpo y el sí-mismo corporal. La investidura libidinal se desplaza de modo significativo al servicio de un yo crecientemente autónomo y de sus funciones, y el pequeño parece como infatuado por sus facultades personales y la vastedad de su mundo propio. El narcisismo está en su apogeo” (Mahler y Devitt, 1980). Podemos decir que la investidura narcisista tiende a desplazarse, desde el conjunto que el lactante formaba con su madre, hacia el mismo lactante y su creciente percepción de sí-mismo distinto del de su madre.

Lebovici (*op. cit.*) señala que esta interacción afectiva depende, de los afectos de la madre durante las tentativas de autonomización del bebé. Cada vez se advierte con mayor diafanidad que si la madre consigue vivir sin demasiada frustración –o sin sentirse demasiado abandonada– el desplazamiento del interés del bebé hacia los objetos externos a ella, la autonomización será promovida y el bebé se sentirá libre para explorar e investir su ambiente, así como al padre y a las demás personas allegadas. En cambio, si la madre se siente abandonada y no soporta la autonomización del niño, éste percibirá mensajes afectivos negativos asociados a su autonomización. Por lo demás, se le hará difícil precisar si su angustia de separación se liga a sus propias necesidades o a las de su madre. Al respecto encontramos que Winnicott (1969) consideró este último punto, aunque formulándolo de una forma distinta. Indica que existen sujetos que se sienten obligados a reparar la depresión de su madre y por lo tanto no puede elaborar su propio sentimiento depresivo ni su propia culpa. Lebovici se refiere a una situación análoga al señalar que el bebé que debe reparar la angustia de separación de su madre no alcanza a elaborar la suya propia.

Como hemos venido entendiendo, la estructuración y configuración del naciente psiquismo en el lactante, depende directamente del actuar cotidiano de la madre, del contacto netamente físico, de la adecuación de ambas partes al estilo y capacidades del otro. Por lo que ahora enfocaremos nuestro interés justamente en este fundamental aspecto, ya que justamente es el asiendoce en lo concreto, de los planteamientos que hemos expuesto previamente.

#### ***1.4 Semiología del cuidado materno y de las interacciones precoces.***

Los cuidados maternos constituyen el conjunto de conductas que la madre dirige hacia su hijo con fines de atención, estos fines que se traducen en actos o interacciones, que podemos definir de la siguiente manera:

1. Los cuidados maternos se definen como conductas organizadas por su meta: adaptarse a la demanda biológica del bebé. Dimensión calificada como operatoria por Gutton; donde el criterio de calificación es la eficacia.
2. La madre realiza su deseo de tener un hijo, con un *objeto* real distinto de ella misma: el lactante. Los cuidados maternos son sinónimos de la relación objetal de la madre.
3. Para la madre, el bebé todavía no tiene estatuto de objeto distinto o diferenciado de ella. Todo sucede, en la relación de la madre con el hijo, como si este último, exterior en la realidad, en el sentido psicológico formara todavía parte del cuerpo materno. El estado físico de embarazo se continúa en la unidad psicológica madre-hijo, denominada por Spitz (1948) "Díada". Los cuidados maternos son aquí, una expresión de este organismo particular, de esta unidad a la que calificamos como narcisista primaria.

Gutton indica que estos tres aspectos son complementarios, su intrincación es constante y su oposición es dialéctica. Por esto se pueden definir dimensiones o límites específicos, fuera de los cuales se encuentra *la psicopatología de los cuidados maternos*.\* Y es justamente dentro del sistema formado por las interacciones precoces, donde encontramos el punto de confluencia de todo aquello que implica el desarrollo de las relaciones objetales del bebé, y por otro las relaciones objetales ya existentes en la madre y sus capacidades tanto de regresión como de percepción de los mensajes emitidos por el bebé.

Fue Bowlby (1968) el primero en entender las relaciones de apego definidas por el equilibrio interactivo de un sistema. De hecho, esta hipótesis es la base teórica sobre la que descansan los trabajos sobre interacciones precoces, estos, no definen solamente el apego del bebé a su madre, sino los comportamientos generalmente programados según los cuales el uno influye sobre la otra y viceversa. Tienen, por lo tanto, la originalidad de establecer el repertorio de las conductas del bebé que parecen gravitar sobre la conducta materna. Es decir, estos trabajos describen el extraordinario desarrollo de los sistemas interactivos ultraprecoces. Desde esta perspectiva, la interacción madre-lactante es entendida como un proceso en el que la madre entra en comunicación con su bebé enviándole ciertos *mensajes*, mientras que el lactante *responde* a la madre vía sus propios recursos. De esta manera, la interacción madre-lactante se muestra como el prototipo primitivo de todas las formas de intercambio posteriores. En esta *conversación* entre la madre y su bebé, las palabras y las frases son remplazadas, muy a menudo en la madre y siempre en el pequeño, por mensajes extraverbales: gestos, vocalizaciones, sonrisas.

Cabe señalar que este enfoque de la observación de las relaciones madre-hijo son relativamente recientes, ya que las primeras concepciones de esta relación hacían del bebé un objeto pasivo sobre el cual se ejercían diferentes influencias parentales; según las primeras teorías, el entorno modelaba al bebé, determinando la dirección y las peripecias de su desarrollo. Así mismo se consideraba que la acción devolutiva del bebé sobre su madre no constituía un elemento clave en la descripción de las relaciones progenitor-lactante, de tal suerte que bajo esta concepción el lactante su actividad y respuestas quedaban totalmente anulados.

---

\* La cursiva es mía.

Lebovici (1988) comenta que desde fines de la década de 1960, en cambio, las relaciones madre-bebé ya no son entendidas como “camino de mano única”. Desde entonces el bebé es concebido como un ser capaz de influir sobre su entorno humano, tanto como está sometido a la influencia de ese entorno. Diversos estudios mostraron que las actitudes y las conductas parentales variaban en función de características propias del bebé, como su edad, su sexo, su nivel de desarrollo psicomotor y otras. Además, como se comprobó que los bebés presentaban grandes diferencias individuales en su modo de entrar en interacción con la madre, resultó posible señalar hasta dónde las diferencias entre los bebés parecían constituir el origen de los distintos tipos de cuidados proporcionados en respuesta por la madre, es decir, las secuencias de interacción madre-bebé fueron analizadas y consideradas como series de intercambios recíprocos en que cada participante de la interacción se veía impulsado a “responder” al otro y, al hacerlo, a proponerle un mensaje al cual este podía o no responder. El modelo de la interacción madre-lactante se convirtió, entonces, en una secuencia de intercambios recíprocos que utilizan mensajes y señales propios del estadio de desarrollo del lactante. Las investigaciones se enfocaron hacia la estructura de las secuencias de interacción, su ritmo, la sincronía interactiva de los dos participantes y también al grado de reciprocidad en sus intercambios, aspectos que dividen en estilos de funcionamiento y que a continuación pasaremos a analizar.

### ***1.5 Hiperfuncionamiento e hipofuncionamiento de los mecanismos libidinales.***

Las interacciones precoces, tienen entre una de sus finalidades, como hemos venido viendo, dar solución a las demandas biológicas del recién nacido, de tal manera que la dinámica de los cuidados maternos, normal o patológica, tiene un efecto directo sobre el desarrollo psicológico (y hasta biológico) del lactante. Por esta razón, se requiere un equilibrio entre la parte operatoria de los cuidados y la realización del deseo, así mismo se debe alcanzar un equilibrio en los funcionamientos, con el fin de que el bebé no quede sin estimulación ni tampoco sea tanta la estimulación que no le sea posible metabolizarla. Es decir, la semiología de los cuidados maternos se ubica entre dos ejes que se cruzan entre sí, las interacciones precoces fomentadas por “la madre suficientemente buena” oscilarían al centro de este cruce de ejes, mientras que los cuidados de una madre que no alcanzara esta categoría se inclinarían a uno u otro de los extremos de este eje. Pero pasemos a revisar cuales son los extremos del mencionado eje:

Los cuidados maternos pueden, en gran medida, estar desprovistos de su carácter operatorio, esto es, puede tener como objetivo principal (y hasta exclusivo) la realización del deseo materno, sin búsqueda de adecuación a la demanda biológica del bebé. En sus formas agudas, esta inadecuación pone en peligro la vida del lactante a corto o a largo plazo. En otro sentido, contribuyen a la constitución de desarmonías relacionales precoces. Gutton (*op. cit.*) ha clasificado esta patología extrema bajo el título de dinámica “perversa” de los cuidados maternos. Estos cuidados maternos “perversos” son el cabal ejemplo de regresión materna que se produce sin el control de la organización objetal; por lo que la seducción primaria alcanza un carácter omnipotente. Cabe señalar que el término “perverso” describe la relación de la madre con el niño, lo cual no significa que

la madre sea de estructura perversa, sino que hace con ese bebé una regresión de tal tipo. Dentro de las características de este tipo de interacciones Gutton señala las siguientes:

1. En la relación materna “perversa”, la necesidad del bebé, e incluso, el mismo bebé, no es reconocido en tanto tal. La conducta de la madre se subordina por entero a su propio placer; se omite la escucha de la demanda biológica del recién nacido. Por ejemplo, el deseo de alimentar al bebé, y su realización, no va al encuentro del hambre manifestada, no buscan la satisfacción de esa necesidad ni la realización de las actividades libidinales orales del niño.
2. Parece que el bebé formara parte del cuerpo materno; al menos, su diferencia fundamental respecto de ese cuerpo no es reconocida. No es “como su madre” (en el sentido de las comparaciones corrientes que puede hacer la madre acerca de su hijo), sino más bien parte indiferenciada de ella misma. El niño no es la marca de la falta fundamental de su madre, falta que el parto vino a actualizar, porque ni siquiera la simbolización de esa falta se ha producido. El niño signa la realidad de la omnipotencia de su madre. De ese modo queda desenmascarada en la relación madre-hijo una complicidad femenina centrada en la seducción, que incluye en una estirpe de tipo homosexual a la abuela materna, e incluso una cuarta generación, dentro de un sistema en el que el niño tiene un estatuto de tipo fetichista.
3. El principio de esta seducción perversa es el mismo en todos los casos: la sobreestimulación recae sobre las zonas del cuerpo del niño que se corresponden con las zonas en que, precisamente, se inserta la falla de la imagen corporal materna.
4. La totalidad del cuerpo del bebé tiene un estatuto de tipo fetichista. En lo demás, una parte del cuerpo o una función orgánica focaliza la conducta materna. Granoff y Perrier (1964) destacan la importancia de la naturaleza oral de esta relación. En esta misma línea de trabajo, Soulé (1976) señala que la boca alimentada, símbolo de la falta real, es lugar de goce que es preciso colmar. Para este tipo de madre implica un fascinante atractivo, en ocasiones disfrazado por temores hipocondríacos específicos y seudorituales alimentarios. Otras madres, con el pretexto de la limpieza, estimulan abusivamente la región anal. Greenacre (1971) reporta casos de madres que practican manipulaciones y excitaciones excesivas sobre las zonas genitales de sus bebés.

Pero también la relación “normal”, o en aquella donde la “perversidad” no resulta ser tan hegemónica y determinante, también se desarrollan expresiones y momentos que podemos definir como perversos. Finalmente, Gutton (*op. cit.*) se refiere a la interacción establecida por una madre perversa como un espacio donde el niño debiese saciar el deseo de su madre en forma exclusiva, respecto de lo cual la madre rechaza cualquier desilusión. En tal carácter, el lado perverso de los cuidados maternos se contraponen tajantemente a lo que se ha denominado como “cuidados operatorios” y a las modalidades de la relación objetal que vincula a la madre con su bebé.

Y ya que estamos hablando de los cuidados maternos de estilo operatorio, es tiempo de pasar a revisar este tipo de interacciones, que se ubican justo en el extremo opuesto de los cuidados perversos. Este tipo de cuidados se encuentra carente de actividad libidinal, es decir, tienen la característica de una marcada “pobreza de investidura libidinal” de la

madre sobre el lactante, (Lebovici, *op. cit.*)<sup>26</sup>. Lo usual en este tipo de interacciones es que el bebé existe únicamente para la madre como un acervo de demandas “operativo-biológicas” que hay que satisfacer sin necesidad de una relación vincular afectiva con el bebé. Tal situación hace parecer que estas madres son normales, e incluso ejemplares para quien las observa, pero su perfección en la función operatoria mina la relación madre-hijo en su conjunto. Gutton (*op. cit.*) explica que este tipo de cuidados presenta preferentemente dos aspectos metapsicológicos sensiblemente diferentes.

- a. El primero está signado por el proceso de la sublimación, el lactante, no es, estrictamente hablando, la meta del deseo sexual de su madre, sino un objeto socialmente valorado, sin referencia libidina, (Gutton, *op. cit.*)<sup>27</sup>. Cabe señalar que el vínculo entre madre e hijo dentro de este tipo de relaciones es sumamente intenso, ya que la energía desexuada y sublimada establece una fuerte unidad madre-hijo. Esta es la madre intelectual descrita por Winnicott, o como la designa Kreisler “madre enfermera”.
- b. El segundo aspecto al que nos referimos es el hecho de que este tipo de cuidados se corresponden con las características del “pensamiento operatorio” descrito por Marty desde 1959 y más recientemente en los trabajos de M’Uzan, David y Fain (1963). Este funcionamiento se escucha en el discurso de pacientes con enfermedades psicosomáticas, y más precisamente los que padecen alergias. Al respecto Marty (*op. cit.*) señala que es “una actividad consciente, sin relación orgánica con un funcionamiento fantasmático de nivel apreciable, que calca e ilustra la actividad, sin significarla realmente, y todo ello en un campo temporal limitado. Se trata de una relación ‘blanca’.”

La pobreza de las actividades libidinales maternas en los cuidados de corte operatorio, fundamentalmente centrados en su eficacia biológica pueden ser globales, es decir, permea todas las interacciones, o estar focalizados en ciertos intercambios. Cabe señalar que este estilo de cuidados, puede presentarse durante un tiempo limitado con un solo hijo, o presentarse en un hijo y en otro no, esto sucede en virtud de reestructuraciones psicopatológicas propiciadas por el embarazo, el parto y las primeras semanas de la relación madre-lactante. De esta forma descubrimos que ciertas madres pueden pasar en sus cuidados por periodos operatorios que supongan una hegemonía operatoria, donde se modifica considerablemente la investidura del lactante y es posible que se presenten en este último un hipofuncionamiento libidinal. Gutton hace énfasis la observación de cuidados operatorios pasajeros que han sido observados dentro del contexto especial que se desarrolla al interior de los hospitales, con lactantes aquejados de una enfermedad crónica de elevado potencial letal. Algunas madres, al anunciárseles la enfermedad del bebé experimentan un aturdimiento de su actividad fantasmática. Toda su actividad mental se convierte entonces en una repetición de su conducta de cuidar al bebé enfermo, retomando las secuencias pasadas y organizando las futuras. En estas madres “enfermeras” no se escucha más que la repetición del discurso médico. De esta manera el

<sup>26</sup> Lebovici (*op. cit.*) prefiere esta expresión a la comúnmente empleada de “carencia de aporte afectivo precoz” empleada por Spirz (1968 y 1970), o la de frustración precoz empleada por Kreisler y cols. (1974).

<sup>27</sup> En la teoría freudiana el camino seguido por la sublimación va en sentido contrario al de las pulsiones sexuales apuntaladas en las pulsiones de autoconservación (Gutton, *op. cit.*).

lactante es percibido a través del prisma de las referencias pediátricas<sup>28</sup>. Este tipo de madres, transformadas en verdaderos médicos sustitutos, elaboran tácticas de supervivencia para sus hijos, tácticas que en muchos casos originan cuidados muy adecuados, sin los cuales los bebés podrían perecer.

El origen de la patogenia de los cuidados maternos operatorios es ubicada como parte del cuadro global del parto. M'Uzan y David (*op. cit.*) afirman que la "función fantasmática" se instaura originalmente como un proceso de defensa frente a las frustraciones impuestas por la realidad, al respecto Deutsch (1962) pone el acento en la situación de pérdida y de frustración impuesta por la finalización del embarazo. Algunas madres sustituyen una relación libidinal que no son capaces de mantener con el recién nacido por una actividad meramente funcional y somática.

Una vez definido el eje formado por la libidinización excesiva (perversa), y el estilo operatorio carente de libidinización, pasemos al análisis del eje correspondiente al carácter cuantitativo de las interacciones precoces. Esto es, cabe tomar en cuenta perturbaciones de la interacción ya no cualitativas, sino más bien netamente cuantitativas, referidas al nivel excesivo o extremadamente pobre, de las estimulaciones que recibe el bebé. Ya que en un bebé los procesos reguladores de las afluencias sensoriales son todavía muy limitados en caso de hiperestimulación, e inversamente una hipoestimulación limita también su desarrollo mental.

Lebovici (*op. cit.*) indica que el exceso de estimulación puede ser el resultado de una madre que no respeta las señales mediante las cuales el bebé le indica que está tratando de regular y disminuir el nivel de las estimulaciones que ella le dirige: ojos cerrados, desviación de la mirada o apartamiento de la cabeza, mímicas expresivas de tensión, etcétera. En estos casos el observador recibe con frecuencia la impresión de que la madre es intrusiva. En estas interacciones la madre se muestra con un ritmo precipitado.

Cuando la madre no toma en cuenta las señales del lactante —en especial el apartamiento de la mirada—, éste "se ve privado de uno de sus principales mecanismos autorreguladores, los cuales son los que le permiten adaptarse al nivel de estimulación que recibe. Con ello puede verse forzado a poner en práctica un tipo de comportamiento más extremo, que ajuste la interacción o le ponga término" (Stern, 1981). El problema surge cuando la madre no toma en cuenta las señales del bebé, ya que "éste habrá perdido una oportunidad para saber que le es posible ejercer logradamente como influencia sobre el mundo exterior y en segundo término sobre su estado interno, por medio de una comunicación emocional. [...] Dos son las posibilidades que se abren si una experiencia de esta especie se repite indefinidamente: la primera, que el bebé termine por estimar que la expresión que manifiesta en una mímica no es un suceso comunicativo adecuado para modificar su ambiente; la segunda —y esta es la más grave—, que es un suceso comunicativo adecuado, pero no hará más que empeorar las cosas" (*Ibid*). Si el bebé entiende que sus comunicaciones carecen de eficacia, entonces probablemente se vea impulsado a abstenerse de expresarlas, con lo que acabará por inhibir las manifestaciones de su afectividad. Pero no todos los bebés reaccionan igual ante los excesos de

<sup>28</sup> Este punto se estudiará con más detenimiento en el capítulo 4, referente al bebé enfermo.

estimulación. Lebovici (*op. cit.*) comenta que ha visto bebés que ingresaban en la “danza endemoniada” de la madre y participaban de ella sin padecerla demasiado aparentemente, al menos durante ese periodo de su existencia. Y a la inversa, hay bebés hipoactivos, algo apáticos, a quienes podría resultarles excesivo un nivel de estimulación que quizá sea adecuado para otros lactantes. Por lo demás, es posible que el efecto de tal estimulación sea positivo en el largo plazo y contribuya al despabilamiento del bebé.

En el otro extremo de las perturbaciones cuantitativas tenemos la subestimulación o hipofuncionamientos, que puede observarse sobretodo en casos relacionados con la depresión materna. El interés de la madre por el bebé se encuentra inhibido, lo que se traduce en un empobrecimiento de su interacción con el bebé, y se refleja en actos como las mímicas, lenguaje y gestualidad. En estos casos también disminuye en la madre la sensibilidad ante las señales emitidas por el bebé y la aptitud para responder a ellas de forma armoniosa. Otras circunstancias que inhiben la expresión de los afectos tienen idénticas consecuencias: madres de carácter esquizoide o con inhibiciones neuróticas. La depresión, la sensación de ser mala, puede llevar a la madre a interpretar de forma errónea las señales del bebé. Por ejemplo, si el bebé aparta la cabeza al salir de un intercambio, su conducta es vivida por la madre como un microrrechazo (Stern, 1974). Es entonces cuando la madre tiende, como acción propia, a replegarse en sí misma, lo que conduce a un empobrecimiento de la interacción.

Al igual que la hiperestimulación, la hipoestimulación debe ser relativizada, es decir, relacionada con el bebé. Si éste es apático, es posible que una estimulación aparentemente adecuada revele ser insuficiente para activarlo. Esto tendrá por consecuencia que casi no “responda” a la madre ni fomente en ella las conductas interactivas, con lo cual él mismo contribuirá a su propia subestimulación. Lebovici indica que lo que se aprecia como característica distintiva en las observaciones de la interacción es la *mutualidad* y la *reciprocidad* (su presencia, su ausencia, su grado).

En algunos casos el bebé y su madre se encuentran realmente juntos, comparten una experiencia y pasan en común por diferentes estados afectivos, para culminar en vivencias de placer. Pero también es posible que el lactante y su madre “dancen” cada cual por su lado al propio ritmo y al propio paso, se produzcan tensiones y los afectos placenteros no aparezcan. Quizás el trabajo de la madre, cuando la interacción se revela difícil, consista en descubrir dónde se encuentra el bebé, o sea cuál es la vivencia afectiva de éste, su capacidad para soportar las estimulaciones o su deseo y su necesidad interna de recibirlas. Para esto, es de suma importancia que ella misma cuente con relativa libertad para dedicarse al bebé, y que sus demás relaciones humanas no sean excesivamente conflictivas y ansiógenas. Finalmente, podemos comentar que detrás de todos estos estilos y variaciones en las interacciones se encuentran valores fantasmáticos, que las determinan y que a continuación procederemos a comentar.

### ***1.5.1 Las Interacciones Fantasmales.***

El concepto de “interacciones fantasmáticas ha sido empleado desde diferentes nociones, por ejemplo Kreisler y Cramer (1981), hicieron uso de este concepto en sus investigaciones. Por nuestra parte y para comenzar a delimitar lo que entendemos por

“interacciones fantasmáticas” comenzaremos por recordar, a modo de síntesis, que la metapsicología freudiana está en gran medida fundada en las consecuencias producidas por el desvalimiento del recién nacido, mientras que los estudios psicoanalíticos contemporáneos sobre interacciones, demuestran que el bebé y su madre interactúan, el primero mediante el despliegue de sus aptitudes precoces, y la segunda a través de la anticipación reactiva originada en el placer que tales aptitudes producen en ella. De modo que el ámbito psíquico del bebé se constituye sobre la base de la creación del deseo de objeto, y por su parte, la vida mental de la madre cae bajo la influencia del desenvolvimiento de su bebé y de sus propios mecanismos inconscientes (como es la regresión).

En este sentido Grunberger (1980) explica que: es apoderamiento del objeto, dominio o pulsión de apoderamiento. Esta última consiste en una necesidad de poseer, de actuar sobre, de ejercer un placer sádico. Es fuente de la acción sobre la realidad interna y sobre los objetos. Recuerda todos los esfuerzos del infante por hacerse dueño de su motricidad y de su pensamiento. Lebovici (*op. cit*) comenta que esta difusa concepción que el bebé hace de su madre (*Bemächtigungstrieb*) fue descrita por Freud en su trabajo titulado “Tres ensayos sobre una teoría sexual” como el origen de la crueldad del niño. Sin embargo, Lebovici emplea este concepto de manera más amplia, indicándonos que existen en él dos aspectos:

- a. El sistema pulsional, vuelto hacia objeto interno, que se asegura la posesión de éste.
- b. Vuelto hacia la realidad externa de la madre, este mismo sistema corresponde al aferramiento, al prendimiento.

Por su parte, la madre sustenta cierto poder sobre el bebé, tiene la capacidad para realizar las anticipaciones creadoras, para interpretar el comportamiento del niño y darle sentido. El valor fantasmático de las interacciones puede así ser discernido a través de ciertas conductas de la madre y del bebé.

Las Interacciones fantasmáticas son: *Interacciones que se organizan al paso que se va construyendo el hijo imaginario, y que ya durante el embarazo han adquirido su pleno desarrollo. Pero también están determinadas por los fantasmas que connotan el deseo de maternidad\** (Lebovici, 1987). Al diálogo feto-placentario sucede un diálogo hablado que sin duda constituye la expresión misma de los fantasmas de la madre, como lo ponen de manifiesto Josse y Robin en un trabajo que se encuentra en preparación, al tratar sobre el lenguaje materno<sup>29</sup>. Estos autores comprobaron que el contenido del discurso materno no es casual. La frecuencia de los temas abordados refleja las consecuencias de progresos en

---

\* La cursiva es mía.

<sup>29</sup> “El objeto del trabajo es estudiar lo que emerge del discurso de las madres cuando se refieren al cuerpo del niño en interacción. Parece resultar que es un lenguaje fragmentario, compuesto por expresiones breves y palabras aisladas. Es además repetitivo y comprende elementos no significativos, onomatopeyas, exclamaciones, vocalizaciones, y por último imitaciones de las del niño. Estas emisiones vocales repetitivas constituyen una parte importante del discurso de los padres. Cuando se trata de hacer reaccionar al niño, se utiliza un lenguaje pobre, repetitivo: designa objetos y situaciones que el niño ya conoce. la entonación se exagera y los sonidos se acentúan, todo lo cual tiene por objeto permitir que los niños reaccionen” (Josse y Robin).

la conducta del bebé. De ellos también dependen las formulaciones léxicas y sintácticas. Esta es la conclusión a la que llegan las autoras: “Todos estos elementos constituyen indicadores que revelan en las madres la emergencia progresiva del sentimiento de identidad del niño”.

En este mismo orden de ideas, De Ajuriaguerra (1979) estudió en detalle la relación que ha denominado “diálogo tónico”, este diálogo se refiere a los nexos entre la vida afectiva y fantasmática, y el tono muscular, permitiéndonos hablar de un sistema tónico-emocional: en éste vemos organizarse la asimilación recíproca de la madre y su bebé; todo ocurre como si el lactante buscara su postura en el modo en que la madre lo tiene. Dentro de este terreno, las reacciones entre los dos participantes, protopáticas al principio, se vuelven más sutiles y diferenciadas: por ejemplo, los llamados de la madre provocan en el bebé reacciones tónicas de alerta. La situación se prolonga bastante, ya que, puesto en los brazos de su madre frente al espejo, en los albores de su segundo año de vida, el niño reacciona en función de la imagen del otro y de la madre a la cual comienza a reconocer. (Cukier-Mémeury, Lézine y De Ajuriaguerra, 1979).

La elección del nombre para el bebé constituye en ocasiones un elemento bastante adecuado para percibir que lugar ocupará –u ocupa ya– la criatura dentro de la vida fantasmática de la madre. Por cierto que se suele imponer en función de tradiciones culturales. Pero cuando le elige durante el embarazo, la madre o ambos padres, construirán un grupo de preferencias en lo que se refiere al sexo, o el lugar que se le ha reservado en las conexiones que unen al hijo imaginario con el hijo fantasmático, donde el primero ocupa su sitio dentro del sistema familiar, mientras que el segundo indica la naturaleza de la proyección de los deseos inconscientes sobre el bebé.

Dentro de este mismo orden de ideas, Lebovici agrega que de un modo análogo es posible comprender los caminos por los que la conducta del hijo valoriza o colma los anhelos fantasmáticos de la madre; en ocasiones, por el contrario, el bebé interviene para acentuar la violencia fundamental de ésta y desencadenar su odio. Para cada nivel de desarrollo, los conflictos inconscientes de la madre resultan movilizados en función de la estructura de su funcionamiento psíquico. Simultáneamente, el bebé –quien, al menos en teoría, funciona al comienzo de su vida según la modalidad narcisista primaria– crea objetos internos por la reactivación de sus huellas mnémicas de placer y en el momento de poner en ejercicio sus zonas autoeróticas. De esta manera, por el hecho mismo de crear la realidad interna, se separa de la madre, a quien rechaza y en contra de la cual ejerce su violencia. Al investir el objeto interno, el bebé se despoja de su narcisismo inicial, lo que contribuye al debilitamiento de las investiduras narcisistas maternas. Es posible decir que las interacciones en que se desarrolla el *holding* construyen una madre continente, o sea la que cuida, reconforta y acaricia. Pero la vida fantasmática rudimentaria del bebé deberá también dar razón de las prohibiciones que la madre formula con su voz y la energía de su *superyó*: esa madre nutre la naciente vida de los fantasmas con todo cuanto es causa de excitaciones y prohibiciones más sutiles, por que ellas están ligadas a los movimientos afectivos, las representaciones y los fantasmas propios. En virtud de ello, las anticipaciones creadoras maternas confirman el narcisismo del bebé y las irregularidades del régimen narcisista de la madre. Dado que el infante es

una figuración de los imagos parentales, y puesto que los objetos internos creados por el niño están modulados por éstas –es decir, en consecuencia, por los productos fantasmáticos de la madre–, resulta posible aprehender la totalidad de los elementos de esto que designamos con la denominación de interacciones fantasmáticas, (Cramer, 1982)<sup>30</sup>.

En última instancia, Lebovici (*op. cit.*) nos señala que ya no existe motivo para establecer una separación radical entre la descripción de la relación de objeto y de las interacciones precoces: estas últimas movilizan los fantasmas maternos que pueden predecirse, y contribuyen al desarrollo epigenético de la vida fantasmática del bebé; lo que se produce entonces, eso que se denomina “el haciéndose” anterior a la neurosis infantil (Lebovici, 1980), habrá así de contribuir a la formidable transformación de la puesta en latencia. La comprensión que alcance el psicoanalista de estas interacciones, puede sobrevenir en momentos privilegiados en que se observa el comportamiento de la madre, lo que ella dice, y las reacciones inesperadas y paradójicas que se pueden producir en el bebé. La madre puede también hablar recordando su pasado, su biografía, los conflictos que se presentaron a lo largo de su historia, y mostrar una idea de su funcionamiento mental y su propia vida fantasmática; y así revelar de qué modo, para alimentar esa vida (la de ella) echa mano del comportamiento de su bebé. La experiencia clínica y cotidiana nos muestra que entre la madre y su bebé todos los acontecimientos de la existencia brindan oportunidades para estas transacciones en que se despliegan los fantasmas de ella y se organizan las primicias de la vida fantasmática de él.

Así mismo, es necesario considerar la posible inexperiencia de la madre, cuando es joven y primigesta viviendo en ocasiones un auténtico estado de desvalimiento, que puede llegar a transformarse en sensación de impotencia o furor, condenado por ella misma de inmediato. Es entonces cuando pueden sobrevenir a su comportamiento infinidad de modulaciones, que en términos generales tienen un sentido globalmente positivo si la vida material de la madre lo permite, pero por sobre todo, si el bebé justifica que en ella se desplieguen los fantasmas correspondientes a sus aptitudes e identificaciones maternas. La experiencia ha demostrado que las predicciones referidas a la conducta materna y vinculadas con la gravitación de la psicopatología de que la madre es portadora, pueden resultar desmentidas en los casos en que el bebé hace feliz a la madre así condicionada, en razón de que come bien, de modo que el bebé provoca respuestas maternas de las cuales algunas parecen estar programadas de una forma curiosa, (Lézine, 1975)<sup>31</sup>. Pero el bebé es activo en sus experiencias. Por supuesto que su comportamiento depende de ciertas modalidades tipológicas y de su bienestar. Lebovici destaca que, sin embargo, el lactante, en su actividad aparentemente esencial se compromete por entero

<sup>30</sup> Cramer (1982), propone para la definición de interacciones fantasmáticas un enfoque bastante similar. En su opinión, el poder de las palabras en el estudio de la interacción muestra que se pueden aprehender, estudiándola, a un mismo tiempo sus aspectos conductuales y todo aquello que depende del funcionamiento intrapsíquico.

<sup>31</sup> Lézine (1975) mostró que las jóvenes primigestas se encuentran, en los diez primeros días de vida de sus hijos, más dispuestas a adaptarse al ritmo de estos –por dar un caso, el respiratorio, durante el acto alimentario– cuando se trata de varones. Esta observación de un comportamiento programado parece justificar la idea de que se está ante la expresión del *contraedipo* materno, dirigido a los bebés del sexo masculino.

con “su cavidad primitiva” (Spitz, 1968), que implica las zonas autoeróticas bucal, peribucal, faríngea y otras, la cara anterior de su tórax, sus brazos, sus dedos –que se toman de los de su madre o son tomados por estos–, sus pies en agitación, y demás partes del cuerpo.

Dentro de esta actividad global, el niño provoca en su madre complejos efectos y a la vez experimenta situaciones afectivas, tónicas, que contribuyen a las modalidades iniciales de la relación de objeto. Lo experimentado por el bebé interviene por rebote en la vida psíquica de la madre. Al observarse su mirada durante la lactación, por momentos, concentrado y distante a la vez, se pierde en un sueño, por momentos explora su alrededor y comienza a interesarse en el medio circundante. Estas diversas modalidades confieren, pues, un valor afectivo a un sector de actividades que no está vinculado directamente con la alimentación, y que a su vez conllevan a un valor fantasmático para la madre, (Lebovici, 1987)<sup>32</sup>.

Es seguro que muchas interacciones podrían describirse sin necesidad de leer lo que se encuentra detrás de ellas, lo que las origina. Aun así, no se les podría entender sin tomar en cuenta el desarrollo cognoscitivo. Pero tanto el comportamiento de la madre como el del bebé deben también, de todos modos comprenderse en cada caso –especialmente si se trata del abordaje clínico– a través de la problemática individual de los fantasmas y síntomas susceptibles de traducción. Lebovici (*op. cit.*) nos ilustra con el ejemplo de madres fóbicas que sienten miedo de la muerte súbita de sus bebés en forma considerablemente más alta que la mayoría de los padres, y ha de comentarse que este es un miedo bastante difundido. El análisis psicopatológico de estos casos pone de manifiesto los trastornos de identidad materna, vinculada a menudo con la problemática *edípica*. Las fobias de impulso referidas al bebé, (Lebovici, 1987),<sup>33</sup> evidencian el temor de no estar en condiciones de dominar el odio materno, y muestran ciertas posibles relaciones –no en la conducta materna, pero sí en lo que lo subentiende– entre los impulsos maternos peligrosos y la lucha contra ellos, lo cual vincula los síntomas neuróticos con la vida pulsional. De esta forma, por lo menos en un sentido teórico, el destino de la organización infantil de la vida pulsional y de la neurosis infantil de la madre (Lebovici, 1980), sus vicisitudes y reorganizaciones, intervienen directamente en la vida del bebé.

Finalmente, podemos comentar que las interacciones fantasmáticas a que nos hemos estado refiriendo en este apartado, responden al estudio de la influencia recíproca del

---

<sup>32</sup> Lebovici (1987) señala que las líneas que acabamos de leer referidas a la descripción de estas variantes. “introducen interpretaciones en las que el observador se identifica con la madre que se identifica con su hijo. Las metáforas del observador se corresponden ampliamente con las anticipaciones maternas y entran en resonancia con ellas. El hecho de que no exista otra formulación de lenguaje practicable nos da un acceso directo a construcciones que podemos pensar en nombre de las madres o que podemos proponerles. Renunciar a esta vía metafóricamente sería limitarse a microobservaciones de interacciones conductuales: por lo demás, no hay duda de que éstas son muy interesantes, y nos recuerdan las bases etológicas de la conducta humana, pero esta conducta está además subtenida por el acceso a la dignidad del pensamiento y del fantasma”. Este punto se revisará con más detenimiento en el capítulo 4.

<sup>33</sup> Por “fobia de impulsión” se define el temor angustiante a sentir deseos de ejecutar una acción: en este caso se trataría de agresión contra el bebé (Lebovici, 1987).

desenvolvimiento de la vida psíquica de la madre y de su bebé. Este último, por otra parte, tiene su lugar en el equilibrio de las relaciones familiares: su existencia impulsa a confirmarlo y cuestionarlo, en razón de que su nacimiento se inscribe en una cadena generacional. Para terminar este capítulo, podemos indicar, siguiendo a Lebovici (*op. cit.*), que a lo largo de nuestro estudio de las interacciones precoces madre-bebé, hemos descubierto y analizado cuatro hijos:

- A. *El hijo del deseo de maternidad*, el de los fantasmas que se constituyen y desarrollan en función de los conflictos libidinales y los acondicionamientos narcisistas. Es el hijo del Edipo.
- B. *El hijo imaginario es el del deseo de un hijo*, y está inscrito en la problemática de la vida de la pareja; el embarazo de la madre le otorga pleno sentido, por cierto que en función también de los fantasmas de la mujer y del marido a la par; del mismo modo se inscribe en la modalidad del equilibrio familiar, que implica la emergencia de las obligaciones culturales o contraculturales, insertas en la comunicación transgeneracional.
- C. *El hijo de la realidad material*, masa de carne viviente con la que la madre interactúa de acuerdo con sistemas programados, que se enriquecen con sus fantasmas y ensoñaciones imaginarias.
- D. *El hijo reconstruido y/u observado por los psicoanalistas*, que brinda referencia teóricas modelizadoras para la mejor comprensión de la naturaleza y funciones de las interacciones entre el bebé y su madre.

Las combinaciones de estos cuatro tipos de hijos son infinitamente variables. Dependen, del marco de observación y de los recursos teóricos del observador. Y así justifican el concepto de investigación transdisciplinaria, cuya importancia ahora se admite, especialmente en las ciencias humanas," (Lebovici, *op. cit.*)<sup>34</sup>.

De esta forma, hemos podido observar cómo los distintos elementos convergen y se van engranando, partimos de la relación objetal de la madre, que sirvió como una de las principales materias primas, después pasamos al eslabón de las interacciones precoces donde justamente se precipitan los elementos aportados por el psiquismo materno y por las capacidades del recién nacido, para después precipitarse en el actuar cotidiano, en el contacto físico que implican los cuidados con sus diversos aciertos y quiebres, determinados en parte, tanto unos como otros, por la fantasmática materna, para finalmente, cuajarse y configurar en un proceso continuo lo que denominamos psiquismo del lactante, todavía nos encontramos muy lejos de poderlo considerar un psiquismo acabado "si es que esta acepción se puede plantear", pero ¿cómo se embonan estos elementos en el lactante?, ¿cuál es su proceso de configuración y engranaje? Diversos

<sup>34</sup> "La investigación transdisciplinaria no se caracteriza únicamente por un abordaje multidisciplinario. También significa que los investigadores aceptan considerar que el dominio estudiado no es de su competencia, pero pueden ayudar a la obtención de descubrimientos de un nuevo terreno. La Etología se ocupa del comportamiento animal, mientras que los psicólogos no pueden hacer otra cosa que estudiar el comportamiento del bebé y sobre esa base hacer inferencias con respecto a la vida psíquica de éste. Los psicoanalistas sólo pueden utilizar su conocimiento de los fantasmas de la madre y su construcción. propuesta durante curas psicoanalíticas. De todos modos el campo interactivo es nuevo. y se define como un sistema" (Lebovici, *op. cit.*).

autores psicoanalistas, a partir de sus observaciones han aportado sus modelos, los cuales podemos agrupar bajo la denominación del nacimiento de las relaciones objetales, tema que procederemos a desarrollar brevemente.

#### ***1.4 La génesis de la relación objetal en el bebé.***

A pesar de que el término *relaciones objetales* no aparece dentro de la obra de Freud como tal, podemos rescatar los antecedentes que este autor planteó en su obra acerca de este tema, antecedentes que años después fueron retomados por diversos autores para fundar lo que ahora conocemos bajo el designio de relaciones objetales. Propone Freud (1915) que en los comienzos de la vida, el niño no distingue entre las excitaciones exteroceptivas y las excitaciones interoceptivas, y que su desvalimiento inicial lo hace totalmente dependiente de los cuidados maternos, con los que conforma una unidad, tal estado es el que corresponde al narcisismo primario o inicial que es un concepto límite. La estabilidad de ese paraíso narcisista, en que el *yo* aparentemente es capaz de bastarse a sí mismo, conduciría a la muerte, o al menos al no-nacimiento de la vida psíquica si los cuidados maternos no fueran indispensables para la supervivencia. (Lebovici, 1988).

Señala Freud: “el estado narcisista originario jamás podría evolucionar si no fuese por que todo individuo atraviesa un periodo en que, incapaz de valerse por sí mismo le son indispensables los cuidados del otro”. Es justamente ese estado narcisista, que supone la investidura del *yo* y la satisfacción de las necesidades, el que lleva a la relación de objeto, donde la pulsión aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, “como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma. Como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (Freud, 1915).

Los anteriores planteamientos se pueden sintetizar en el principio de que el deseo (del objeto) se apunala en la satisfacción de las necesidades. “Con esto el niño se desprende de su unidad con los cuidados maternos, que como dijimos, habría sido mortífera para su vida psíquica. Por medio de la activación de sus zonas autoeróticas moviliza esas huellas mnémicas y alucina la satisfacción de placer” (*Ibid*). De esta forma nos encontramos que para Freud, es el deseo el que crea el objeto interno, y por eso mismo recrea el objeto, donde la representación vendría a ser el resultado de la alucinación. De tal suerte que, según nos indica Lebovici (*op. cit*), la excitación de que son delegadas las pulsiones (o la presentación) se representa gracias a la investidura del objeto interno, “la madre es investida y creada desde antes de ser percibida por el bebé”. Pero para entender de manera más completa lo que concierne al origen del deseo y la creación de objeto así como su investidura, es importante que recordemos los siguientes puntos de vista:

- a. “La creación del desvío del pensamiento para tramitar excitaciones externas e internas supone la distinción entre placer y realidad, entre procesos primarios y procesos secundarios. Leemos en “Formulaciones...” (Freud, 1911): “la suspensión, que se había hecho necesaria, de la descarga motriz (de la acción) fue procurada por el proceso del pensar, que se constituyó desde el representar. El pensar fue dotado de

- prioridades que posibilitaron al aparato anímico soportar la tensión de estímulo elevada durante el aplazamiento de la descarga”.
- b. Junto con el sistema de pensamiento y la introducción de la secundarización hay que tomar en cuenta que entran en juego las primeras identificaciones diferenciadas; éstas se efectúan por incorporación (Abraham, 1916) y por introyección (Ferenzi, 1912). Suponen que el *yo* funciona en el doble registro del *yo-placer* y el *yo-realidad*. El principio de realidad es aquel que crea la identidad de percepción entre el objeto externo y la realidad displacentera. La represión entonces operante trata en efecto los estímulos internos displacenteros como si fuesen externos, y los atribuye a la realidad externa. Así, la represión y su correlato, la negación, lo mismo que la escisión del *yo*, hacen coincidir en cierta medida la representación del objeto, o el objeto interno, y su percepción en el exterior.
  - c. Lo que se produce entonces en ese trabajo aspira a preservar la economía de los recursos psíquicos y a operar con un mínimo consumo energético. El principio inicial de placer, que al comienzo gobernaba la vida psíquica, se ha transformado en principio de realidad, que aspira a reducir el displacer” (*ibid*).

Habiendo revisado brevemente los postulados de Freud sobre el tema de las relaciones objetales, es tiempo de pasar a analizar algunos de los trabajos posfreudianos, que a nuestro criterio son de los más importantes en el abordaje de la génesis de relaciones objetales. En primera instancia tenemos la definición de lo que es *la relación objetal* que se encuentra en el diccionario de psicoanálisis: (Laplanche y Pontalis, 1981) “Término utilizado con gran frecuencia en el psicoanálisis contemporáneo para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominante” donde el objeto es considerado bajo tres aspectos principales:

- a) Como correlato de la pulsión: es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantaseado.
- b) Como correlato del amor (o del odio): se trata entonces de la relación de la persona total, o de la instancia del *yo*, con un objeto al que se apunta como totalidad: persona, entidad, ideal, etc. (el adjetivo correspondiente sería “objetal”).
- c) En el sentido tradicional de la filosofía y de la psicología del conocimiento, como correlato del sujeto que percibe y conoce: es lo que se ofrece con caracteres fijos y permanentes, reconocibles por la universalidad de los sujetos con independencia de los deseos y de las opiniones de los individuos (el adjetivo correspondiente sería “objetivo”).

“Por otra parte la palabra *relación* debe de tomarse en su sentido pleno: se trata, de hecho, de una interrelación, es decir, no sólo de la forma como el sujeto constituye sus objetos, sino también de la forma en que éstos modelan su actividad. Finalmente, la preposición *de* (en lugar de *con el*) señala esta interrelación. En efecto, hablar de relación con el objeto o con los objetos implicaría que estos preexisten a la relación del sujeto con ellos y, simétricamente, que el sujeto ya está constituido” (*ibid*).

Resulta de gran importancia destacar que mientras que en Freud el término de relaciones objetales no forma parte de su aparato conceptual, resultó ser un concepto que fue adquiriendo gran fuerza en la literatura psicoanalítica a partir de los años treinta, debido a la creciente tendencia de ya no considerar al organismo aislado, sino en interacción con su ambiente.

En la obra de Melanie Klein el objeto, o más bien los objetos (proyectados, introyectados) ejercen literalmente una acción (persecutoria, aseguradora, etc.) sobre el sujeto, es decir, el objeto interno existe desde el inicio de la vida psíquica del lactante, escindido en objeto bueno y objeto malo, como expresión de la lucha intrapsíquica de los instintos de vida y de muerte. De tal suerte que para los klenianos no existe relación preobjetal. De esta forma, desde la perspectiva de Klein, el objeto pasa por dos etapas, íntimamente relacionadas con las posiciones esquizo-paranoide y maniaco-depresiva, esto es, en la posición esquizo-paranoide, el objeto tiene la característica de ser parcial, de estar escindido en objeto ideal o bueno y objeto malo o persecutorio, en lo referente al objeto bueno, este se constituye como resultado de la negación de la persecución, y al cual, el bebé le atribuye todas sus experiencias buenas, reales o fantaseadas, es el objeto parcial que anhela poseer y con el que se identifica. Mientras que en lo que respecta al objeto malo, este es experimentado como persecutorio y al cual el bebé le atribuye toda experiencia mala. Finalmente, podemos señalar que el primer objeto parcial que experimenta el bebé es el pecho, y pronto experimenta otros objetos parciales ante todo, el pene. Por otra parte, y ya dentro de la posición maniaco-depresiva, el objeto alcanza la el estatuto de objeto total, donde este es lo opuesto tanto del objeto parcial como de los objetos escindidos en partes ideales y persecutorias, donde la ambivalencia y la culpa se experimentan en relación con objetos totales.

En otro sentido, Spitz (1965) partió del estudio de los efectos producidos en el bebé por la separación de su madre, para después describir los efectos de la depresión "anaclítica" y el *hospitalismo*. Se empeñó en ubicar la génesis de la relación objetal. Para Spitz (1965) el desarrollo del aparato psíquico del bebé está ligado a la relación del bebé con su madre: de la indiferenciación inicial es llevado al desarrollo de una relación diferenciada con un objeto interno estable, es decir su madre, mediante: "Los puntos de organización", señalando con estos las etapas que apuntalan la construcción de la relación objetal. En especial indica tres de los puntos de organización u organizadores psíquicos: La primera sonrisa, La fobia al rostro del extraño y el "No".

En la actualidad las descripciones de Spitz han sido cuestionadas por estudios más recientes de las interacciones precoces. Sin embargo, continúan siendo un modelo teórico importante que nos señala "el origen del pensamiento secundarizado dentro de un continuo de las relaciones transaccionales entre la madre y el bebé. Todo sucede como si, de acuerdo con el principio según el cual la alucinación del objeto se apoya en la alucinación de la satisfacción, las huellas engramadas de las vivencias de placer fuesen recuperadas en el curso progresivo del desarrollo para cobrar un nuevo sentido, inductor de la vida fantasmática. Además, el modelo de Spitz presenta la importancia de combinar

por una parte las perspectivas metapsicológicas<sup>35</sup> del inicial desamparo del recién nacido y las consecuencias del estudio de su desarrollo ordenado por la epigénesis, y por la otra la existencia de programas conocidos con el nombre de ‘Reflejos arcaicos’: la primera sonrisa específica ante la aproximación del rostro materno representa el acceso al sentido relacional, que se sostiene a un tiempo en la existencia de los reflejos buco-linguales y en los efectos de la presencia de la madre, mensajera de sus anticipaciones creadoras” (Lebovici, *op. cit.*).<sup>36</sup>

Por otra parte encontramos a Mahler (1968), ella también dedica sus trabajos al estudio de los niños, su teoría del *proceso de individuación-separación\** se apoya en la comparación del desarrollo entre niños psicóticos con niños normales. Confrontando las dos formas de psicosis infantiles reconocidas por ella, “la autista y la simbiótica” para finalmente compararlas con las que ella denomina etapas en el desarrollo del bebé, apoyando su planteamiento en la teoría de la evolución de la representación de *sí* y de la representación de objeto, (Lebovici, *Op. cit.*)<sup>37</sup>.

Para Mahler (1968), en la psicosis autista el bebé llega a un desamparo tal que no alcanza a percibir a su madre en el mundo exterior, ella no le sirve para orientarse en el reconocimiento de lo que existe y vive en torno a él. Su incapacidad para reconocerla es descrita como un “comportamiento alucinatorio negativo” cuya investidura recuerda aquélla con la que el recién nacido se protege de las excitaciones y estímulos externo e interoceptivos. Es decir, no diferencia entre la representación de *sí* y la de objeto. Mientras que la psicosis simbiótica es un estado en que el niño constituye con su madre una unidad diádica al interior de un espacio común cuyos límites podrían ser comparados con “una membrana simbiótica” donde se organiza “una armonía rítmica de interacción”. Si en estos casos las representaciones del *si-mismo* y de la madre comienzan a hacerse autónomas, en un principio se encuentran indiferenciadas para el niño, y hasta cierto grado, también para su madre. “El proceso de individuación, postulado en estos términos, supone el estudio directo de la adaptación del niño pequeño, así como de sus interacciones, durante cuatro etapas: diferenciación, acostumbamiento, reaceramiento y acceso a la relación objetal diferenciada”.

Todos estos trabajos apuntan al hecho de que un elemento fundamental en la creación de la relación de objeto es la construcción de la diferenciación de lo que es el adentro y lo que es el afuera del bebé. Es decir, la oposición entre interior y exterior, ya que brinda al estudio de las relaciones objetales y las interacciones precoces una contribución esencial.

<sup>35</sup> Para más información con respecto a la Metapsicología ver el capítulo 4.

<sup>36</sup> Por la importancia antes mencionada, emplearemos los postulados tanto de Spitz como de Gesell, para ubicar el nivel de desarrollo de los pacientes de nuestro estudio, por lo que en el apéndice 3 desarrollaremos con más detenimiento estas propuestas, mientras que en el apartado 6.2.1. realizaremos el análisis correspondiente en cada uno de los pacientes.

\* La cursiva es mía.

<sup>37</sup> “Decimos representación de *sí* en su sentido anglosajón, que no difiere mucho de *yo*; el *self* puede traducirse por *si-mismo* en tanto que ese objeto de una representación. El *sí* no es el sujeto de su pensamiento o de su acción, cosa que podría traducirse por *yo*. El *self* representa una instancia primitiva, previa a la organización del *yo* [Moi], mientras que *yo* [je] en tanto diferente de *tú* y de *él* se constituirá en la tercera fase organizativa de Spitz, es decir, la del *no*”. (Lebovici, *Op. cit.*)

Al respecto Lebovici (*ibid.*) nos señala que:

- a. Como se sabe, la construcción de un espacio psíquico para las representaciones los afectos, los pensamientos, los fantasmas y para el sueño, supone la operación de un proceso de temporalización y especialización. Las representaciones de las cosas pasan entonces a coincidir, según la teoría psicoanalítica, con las palabras almacenadas, y así cobran el poder del sentido y la acción. Mundo exterior y mundo interior ya estaban en las relaciones de identidad perceptiva antes de que el pensamiento lograra separarlos. Pero las representaciones en el interior de la psique, es decir las palabras, constituyen el mundo exterior. El trabajo de represión coincide con la denegación de lo que se expulsa de sí para hacer coincidir la realidad exterior del interior del espacio psíquico con la otra realidad exterior, esa que llamamos objetiva. El tiempo dedicado a la construcción de ese espacio es el de las interrelaciones iniciales, de modo que tiempo y espacio son organizados según el mismo vector, que permite distinguir primero lo que es excitante afuera o adentro y después lo que es porque fue o porque debe ser. El espacio interrelacional y el tiempo interactivo intervienen concretamente entre la madre y su bebé, a fin de que ambos protagonistas recuperen fuerzas cada uno a su modo, el bebé durmiendo y la madre en sus otras ocupaciones.
- b. El trabajo de ciertas zonas del cuerpo del bebé, las zonas llamadas autoeróticas, ponen también en juego las nociones de adentro y afuera. La cavidad primitiva, según René Spitz, es aquella zona que no sólo abarca la boca y la cavidad bucal, sino todo cuanto es activo con ella, los brazos y los dedos que rodean a los de la madre y son rodeados por ella con sus propios brazos. Muy activa durante la succión o la alimentación, esa cavidad es puesta en marcha en la reactivación de las huellas de placer. La creación del objeto interno depende de la capacidad para volver a representar esa escena imaginaria sobre la base de la vivencia de satisfacción. Así es como las vivencias psíquicas, y el deseo que permite alucinarlas, enlazan una realidad relacional, históricamente determinada, con los primeros rudimentos del funcionamiento mental.

Después, cuando la expulsión de materias fecales determine fuertes sensaciones de descarga y de violencia, el pasaje del interior al exterior será experimentado como una pérdida; una pérdida que será dominada sólo en el afán de proteger la relación con la madre. De tal suerte que la evocación de la realidad interna dentro de un espacio psíquico temporalizado, y la de la puesta en marcha de las zonas autoeróticas que contribuyen a crear esa realidad interna en un placer de funcionamiento (Kestenberg, 1968), permiten distinguir, por una parte psíquicamente –entre él y su madre–, qué está adentro y qué está afuera. Las relaciones madre bebé no se instituyen exclusivamente en tiempos específicos, ni sólo en el nivel de zonas autoeróticas determinadas geográficamente por puntos de contacto aislados entre el adentro y el afuera. Anzieu (1974), describe el complejo sistema que según él constituye el *yo-piel*, (Anzieu, 1974)<sup>38</sup>. Anzieu describe el apuntalamiento del *yo-piel*, en tres funciones:

<sup>38</sup> “Por *yo-piel* indicamos una figuración de la cual se vale el *yo* del niño durante ciertas fases de su desarrollo para representarse a sí mismo como *yo* a partir de su experiencia de la superficie del cuerpo. Esto corresponde al momento en que el *yo psíquico* se diferencia de su *yo corporal* en el plano operativo pero sigue confundido con él en el plano figurativo” (Anzieu, 1974).

- a. Es la bolsa que retiene lo bueno y lo pleno que el amamantamiento, los cuidados maternos y el baño de palabras le procuran;
- b. Es el límite que mantiene afuera lo exterior;
- c. Es la barrera que protege de la agresión de los otros.

Anzieu considera posible figurar sobre el *yo-piel* el narcisismo primario y el masoquismo primario, en el caso del narcisismo primario, la piel no requiere ser amada, para el caso de masoquismo primario, la piel del bebé no podría separarse de la de su madre como no fuera por un desgarramiento que hiciera posible la adhesión. De esta manera nos introducimos en la utilización del lenguaje corporal psicoanalítico, donde destaca por su importancia el trabajo de Winnicott.

Winnicott (1971) parte del postulado fundamental de la unidad del recién nacido con los cuidados maternos, creando una realidad casi perfecta, la madre, cuando deja de atender al bebé, y vuelve a su vida, impulsa al niño a recrear alucinatoriamente su presencia, pero, considera que para que pueda perder y posteriormente realizar esta recreación alucinatoria de la madre y su pecho, es indispensable que las halla conocido en su realidad. Esta separación relativa genera la “preocupación” y la “frustración” del bebé, quien excitado aunque saciado, deberá aprender que los agujeros hechos por la madre no impiden que él sobreviva. Dentro de este lento proceso va adquiriendo la sensación de un continuo de existencia que no es otra cosa que el reconocimiento de su *si-mismo* (o *self*). (Anzieu *op cit*)<sup>39</sup>. Esta continuidad separa una zona especial denominada transicional. Donde encontramos que entre los medios con que cuenta el bebé para enfrentar el retiro materno se encuentran los siguientes:

1. Su experiencia, repetida a menudo, en el sentido de que la frustración tiene un límite de tiempo, es claro que al comienzo éste debe de ser breve.
2. Una creciente percepción del proceso.
3. El comienzo de la actividad mental.
4. La utilización de satisfacciones autoeróticas.
5. El recuerdo, el revivir de experiencias, las fantasías, los sueños; la integración de pasado, presente y futuro.

Winnicott emplea una metáfora para describir las relaciones iniciales entre el bebé y su madre, esta metáfora hace la descripción del *holding*, que describe a una madre que tiene a su hijo, pero también lo *retiene*, lo *contiene*, lo *sostiene*\*, es decir, es una *madre lo suficientemente buena*, (Winnicott, *op. cit*)<sup>40</sup>. Es ésta, quien con sus cuidados,

<sup>39</sup> “La palabra *self* responde en Winnicott una experiencia vivida y no una organización tópica en el sentido de la teoría psicoanalítica. ... A su entender, esta experiencia organiza cierto tipo de funcionamiento que hace posible la *good enough mother*, es decir, una madre no tanto *suficientemente buena*. [...] Una madre demasiado buena se convierte, según Winnicott, en una madre enfermera con la exigencia de que en retribución su bebé dependa de ella, y ahí está el *si-mismo falso* del bebé para satisfacerla” Anzieu *op cit*.

\* La cursiva es mía.

<sup>40</sup> Winnicott (*ibid*), señala que una madre lo suficientemente buena (que no tiene por qué ser la del niño), es aquella que es capaz de llevar acabo la adaptación activa de las necesidades del niño y que la disminuye

proporciona al bebé la posibilidad de pasar de lo que Freud (1923) denominó, el camino del principio del placer al de la realidad, o a la identificación primaria y más allá de la identificación primaria.

Para terminar, podemos señalar que todos los autores que hemos revisado brevemente, asignaron una preponderancia a la construcción del objeto interno, para Klein este objeto connota las pulsiones y tiene existencia desde el inicio de la vida del bebé, para los demás psicoanalistas, incluyendo a Freud, es creado por la alucinación de satisfacción.

Todos reconocen la importancia del instante en que este objeto es diferenciado, “momento de la institución de la vida fantasmática secundarizada. [...] al final del primer año de vida, después del cual comienza cierta autonomía psíquica.” (Lebovici, 1988).

Como hemos venido observando, para que toda esta serie de procesos se puedan desarrollar, requieren que desde un principio, el bebé puede recibir y responder a estímulos interaccionales ya tiene capacidades sensoriales, visuales, auditivas, olfativas. Y también cuenta, por su lado con la capacidad de emitir mensajes, aun por el solo hecho de dormir, llorar o mamar. Por eso hemos decidido dedicar el siguiente capítulo a las capacidades sensoriales del recién nacido, capacidades que provocan que los comportamientos de la madre con respecto a él, no sean exclusivamente *cuidados*, sino los fundamentos iniciales de las primeras situaciones interactivas y fantasmáticas de que hemos venido hablando.

## CAPÍTULO 2. SUPUESTOS FISIONEUROLÓGICOS: LAS CAPACIDADES SENSORIALES Y RELACIONALES DEL RECIÉN NACIDO

“Uno de los terrenos más asombrosos y cautivantes descubiertos por las recientes investigaciones es el que concierne a las capacidades sensoriales del recién nacido, y en especial a sus capacidades sensoriales e interaccionales. Para comprender las interacciones progenitor-recién nacido conviene ver primero en qué percepciones y sensaciones se puede apuntalar y fundar” (Lebovici, 1988). En esta misma secuencia de ideas encontramos que Porte (1988) señala que “El recién nacido viene programado para “agarrarse” al objeto humano, desde su nacimiento es un verdadero compañero que interactúa con su entorno social.”

Así mismo, Spitz (*op. cit.*) agrega que el recién nacido no es como se pensó durante largo tiempo, la víctima de un sistema sensoriomotor deficiente; por el contrario, desde el nacimiento se encuentra dotado de un importante equipo de comunicación por todos sus canales sensoriomotores, el visual, el olfativo, el auditivo, reconoce rápidamente el olor y la voz de su madre, cuenta con importantes aptitudes imitativas y presenta una relevante sincronización de la motricidad que se amolda a las inflexiones de la voz y de la mímica. El recién nacido no es un pasivo receptáculo circunscrito a funciones puramente internas y automáticas, concentrado en sí mismo dentro del marco de una monótona alternancia de tensión y distensión, vigilia y sueño. Es un participante activo, dotado de iniciativa y apetencias, capacitado para aprender, conocer, provocar la comunicación y con esto la interacción. Con el término “competencia” se designa su triple capacidad de percibir las señales emitidas, reaccionar a esas señales, y provocar la comunicación. Hemos tomado gran distancia del planteamiento que consideraba a un recién nacido atrapado en un narcisismo primario anobjetal, similar a un mundo clausurado de casi todo estímulo exterior auditivo o visual, salvo que hubiese alcanzado a superar la barrera antiestímulo.

### 2.1 *Desarrollo de las estructuras cerebrales en el feto y el bebé, y su relación con el entorno*<sup>1</sup>.

En el cerebro fetal del ser humano aparecen dos periodos principales de proliferación neuronal intensa. Uno ubicado entre las 15 a 20 semanas de gestación, que corresponde a la proliferación neuroblástica. El segundo que inicia a las 25 semanas (de vida intrauterina), continúa hasta aproximadamente la mitad del segundo año de vida posnatal, y sólo en parte concierne a una segunda ola de neurogénesis de microneuronas. De hecho,

<sup>1</sup> En principio cabe hacer la aclaración de que en el presente apartado no pretendemos ahondar demasiado en el conocimiento que se tiene de las estructuras cerebrales y de su desarrollo. (a partir de la concepción y hasta la adultez, y más aún la senectud), ya que este trabajo no tiene como punto central la descripción del desarrollo neurológico. Sin embargo consideramos que explicar a grandes rasgos este desarrollo nos resulta de suma utilidad, puesto que, por una parte, es la plataforma biológica sobre la que se emplazan las interacciones precoces, y a su vez, son estas mismas interacciones las que estimulan el desarrollo de la mencionada plataforma biológica, dentro de un proceso dialéctico. Y por otra parte, debido a que la hidrocefalia congénita es justamente un padecimiento orgánico del sistema nervioso central que afecta invariablemente tanto a las estructuras cerebrales como a las interacciones precoces del bebé con su madre.

muestra la intensa multiplicación de células gliales, y sobre todo la migración neuronal, ficiopatología probable del déficit en el neurodesarrollo durante el proceso hidrocefálico.

En cuanto al desarrollo, la mielinización del cerebro no se ha terminado con el nacimiento, por lo que continúa hasta aproximadamente los 3 años de edad. La mielina es una sustancia que sirve de aislante y permite el transporte más rápido del impulso nervioso, en las fibras no recubiertas de mielina la velocidad de conducción es directamente proporcional a la raíz cuadrada de su diámetro, mientras que en una recubierta la velocidad es directamente proporcional al diámetro. La producción de mielina está delegada a las células oligodendrogiales, dichas células necesitan recibir alimentos específicos para poder realizar su trabajo, especialmente aminoácidos, por lo que la carencia de éstos genera importantes patologías (Koupernik y Bourguignon, 1988).

Según Dobbing (1968) existen dos periodos críticos o vulnerables, ya que son periodos de "alto potencial metabólico" lo que implica un importante crecimiento estructural del sistema nervioso central, el primer periodo corresponde al segundo trimestre de la vida intrauterina, y el segundo corresponde al periodo comprendido entre el principio del 7° mes de vida intrauterina y el 18° mes posterior al nacimiento. Tales periodos, por ser de gran desarrollo, son sumamente vulnerables a influencias externas. Changeux y Danchin (1974) agregan, en este mismo sentido, que al finalizar la construcción del inmenso aparato neuronal ( $1 \times 10^{10}$ ) y sináptico ( $1 \times 10^{14}$ ) se genera una supresión (en dos tiempos) de un cierto número de neuronas y posteriormente de sinapsis, y para el caso de las segundas, sólo las mejor adaptadas al medio ambiente sobreviven, es decir, el medio ambiente "corta, por donde puede, la envoltura genética que se le impone".

Por tal motivo, podemos considerar que se tienen accidentes de origen ambiental durante el desarrollo del sistema nervioso central, accidentes que, como lo indica Cowie (1980), al romperse un eslabón se da lugar a un "efecto de cascada". Así mismo, agrega este autor: "durante este periodo que va del 7° mes intrauterino hasta la mitad del segundo año de vida, un simple retraso en el ritmo de desarrollo podría enturbiar el Programa. De forma más global, durante los primeros años existe un riesgo que tiene que ver con las arborizaciones dentríticas, las conexiones sinápticas y la mielinización". Accidentes del orden del medio ambiente, como son: medicamentos, drogas, desnutrición, alcohol, o enfermedades congénitas del sistema nervioso central como es el caso de la hidrocefalia congénita.

Después de este breve repaso del desarrollo de las estructuras cerebrales, pasemos al análisis de los sentidos con que cuenta el bebé al nacer, y que justamente son su medio de interacción con el exterior.

### *2.1.1 La visión.*

Con respecto a las capacidades visuales de los recién nacidos, encontramos que estudios realizados por Brazelton y cols. (1966) y por Bartens y cols. (1971) indican que al nacer un bebé es capaz de fijar y seguir con los ojos un objeto en movimiento con (en algunos casos) cierta rotación de la cabeza para facilitar el movimiento de seguimiento ocular. Además, como lo señalan los estudios de Fantz (1963) es capaz de diferenciar entre

figuras geométricas, fijando su atención sobre algunas de ellas. Por su parte el estudio de Greenman (1963) prueba que el 95% de los recién nacidos son capaces, pasados los primeros cuatro días de vida, de seguir con los ojos un objeto de color intenso, por ejemplo un anillo de color rojo, así mismo, se observó en niños con tan sólo unos minutos de vida (10 a 12) una marcada preferencia por las figuras que representan un rostro humano (Fantz, *op. cit.*). En este mismo estudio Fantz demostró que recién nacidos de 10 horas a 5 días hacían fijación visual por más tiempo cuando se les presentaban blancos en que aparecía una figura estructurada (un rostro, círculos concéntricos, caracteres de imprenta), a diferencia de blancos de color uniforme. El autor extrajo la conclusión de que ya en el periodo neonatal se puede reconocer el carácter estructurado de un blanco visual. La fijación visual en estos recién nacidos parecía indicar que preferían mirar imágenes que presentaran cierta complejidad, antes que formas demasiado simples o fondos uniformes.

Bower (1979) agrega que la percepción visual que tienen los recién nacidos desde la primera semana, es en tres dimensiones y muestra una acción defensiva, al interponer sus manos al acercarse un objeto peligrosamente hacia él. También podemos indicar que los bebés sufren de cierto grado de ftofobia al ser expuestos a luces muy intensas. Es cierto que los movimientos oculares suelen carecer de regularidad y que a menudo los ojos se desplazan de forma discontinua para *recapturar* el objeto que se mueve. Lebovici (*op. cit.*), indica que el bebé suspende sus propios movimientos corporales durante ese periodo de atención visual, de forma que parece profundamente absorbido por el interés que en él despierta su señuelo visual.

De esta situación Porte (*op. cit.*) señala que "Existe, desde el nacimiento, antes incluso de que hayan aprendido a reconocerla, una orientación específica hacia una *Gestalt* precisa; lo que induce a pensar que el recién nacido esta programado para sostener de entrada intercambios con el adulto mediante la mirada. Al respecto, Lebovici (*op. cit.*) indica que estudios como éstos derribaron las concepciones tradicionales que consideraban al recién nacido como un organismo cuyo sistema nervioso utilizaba el tallo del encéfalo con exclusión de la corteza. Y otorgaron crédito adicional a las madres que desde el periodo neonatal aseguran que su bebé las mira. Por lo demás, sostener y hacer mimos al bebé son precisamente los gestos que el estudio de Greenman (1963) probó que favorecían la apertura de los ojos en el bebé y que, por consiguiente, hacían posible el seguimiento visual del estímulo. La mirada del bebé, desde el periodo neonatal, aparece como una de las modalidades con las que el lactante puede desarrollar la fuerza del vínculo afectivo con su madre.

Encontramos que otro punto de sumo interés es que, según Haynes y cols. (1965), al parecer antes de cumplir el mes de vida, el sistema de acomodación visual no se ajusta a las variaciones de distancia de los blancos visuales y sólo se adapta a objetos colocados a una distancia de 20 centímetros aproximadamente. En cambio, a partir del segundo mes de vida este sistema madura de tal forma que ya a los cuatro meses el bebé tiene la misma capacidad de acomodación que el adulto. Por su parte, Haith (1982) destaca las estrategias que emplea el bebé para explorar visualmente los objetos. Este autor ha demostrado que el recién nacido registra los contornos de los objetos, las fronteras que separan dos zonas de diferente color; si se le presenta un triángulo, barre visualmente los

ángulos de la figura. Es decir, dirige su mirada hacia las zonas donde existe mayor información visual.

De los anteriores datos se deduce que el lactante parece conducirse como si tratara de forma activa las informaciones provenientes del ambiente que lo rodea, con el objetivo de poder organizar su percepción visual y distinguir los diferentes objetos externos concentrándose en sus contornos. Hershenson (1965) indica que entre los recién nacidos se registra una preferencia visual por blancos que exhiben cierta complejidad (figuras de 10 ángulos): hacen más fijación en éstas que en estructuras más simples (figuras de 5 ángulos).

La conclusión que obtenemos de todas estas investigaciones es que el recién nacido parece explorar visualmente su medio ambiente en forma activa, y que lo hace en función de que pueda organizar su percepción de este medio. Podemos considerar que se desarrolla una intensa comunicación a través de la mirada. Gough, (1962) comenta que, desde la segunda semana, los lactantes fijan su mirada en el rostro de la madre durante “fracciones significativas de tiempo”. El encuentro entre ambas miradas, denominado “diálogo ojo a ojo”, induce a los niños a mirar en más ocasiones y durante periodos mayores, y a que sus madres los reconozcan como personas.

### 2.1.2 *El olfato y el gusto.*

Con lo que respecta al olfato, los estudios realizados por Engen y cols. (1963), muestran que desde los primeros días de vida del bebé, este es capaz de discriminar diferentes olores artificiales, mostrando reacciones específicas a cada uno de ellos. Así mismo, los estudios de MacFarlane (1975), han permitido poner de manifiesto las capacidades olfativas del bebé.<sup>2</sup> Estas investigaciones permiten poner en evidencia que los recién nacidos, por una parte, están dotados de facultades sensoriales olfativas y, por otra, pueden también discriminar y distinguir entre dos olores muy semejantes.

Lebovici (*op. cit.*) comenta que quizás las sensaciones olfativas sean más finas en el recién nacido que en el niño y el adulto. Es probable que en esta modalidad sensorial, a diferencia de lo sucedido en otras, el lactante tenga mejor capacidad que el adulto. Esto puede ser relacionado con la importancia del olfato entre los animales, incluidos los mamíferos superiores, y cotejados con la ley de Serres y Haeckel, según la cual la evolución (ontogenética) del individuo debe reproducir la evolución (filogenética) de la especie. En un sentido más práctico, los hechos descubiertos por estas investigaciones hacen pensar que el olfato facilita la búsqueda y apropiación del pecho materno.

Finalmente, es el mismo Lebovici quien nos indica que los eventos antes mencionados hacen suponer que en la experiencia vital del recién nacido, las percepciones olfativas

---

<sup>2</sup> Por medio del siguiente experimento: a pocos centímetros de la nariz del bebé se colocaba, de un lado, un algodón impregnado del olor del pecho de su madre y, del otro, uno impregnado del olor de otra madre. Se controlaron los factores de error (por ejemplo, la preferencia de los bebés por este o aquel costado, independientemente de la presencia de los algodones). Los resultados mostraron que de forma estadísticamente significativa desde los seis días de vida los bebés se volvían con preferencia –en forma más prolongada– hacia el algodón impregnado del olor de la propia madre.

desempeñan un papel relativamente más importante que en etapas posteriores de la vida. En este mismo orden de ideas, cabe reparar en lo común que es que las madres señalen que huelen a sus bebés, aun aquéllas que bajo otras circunstancias hacen muy poco caso a los indicios olfativos del entorno.

Con lo que respecta al gusto, Johnson y cols. (1975) Señalan que la capacidad de discriminación también se encuentra en este sentido, “El *pattern* de succión no es el mismo con un biberón de leche artificial que con uno de leche materna”. Es así como encontramos que las sensaciones gustativas alcanzan en el recién nacido una importancia singular, acorde con el papel de la experiencia alimentaria en este periodo de la vida. Bradley (1975), y Liley (1972), destacan que desde la vida intrauterina fue posible establecer que las cantidades de líquido amniótico deglutidas por el feto varían en función del sabor de ese líquido, aumentando significativamente tras la introducción artificial de una sustancia azucarada en tanto que disminuyen con sustancias amargas. Los mismos fenómenos fueron registrados por las investigaciones de Kobre y Lipsitt (1972) después del nacimiento.<sup>3</sup>

### 2.1.3 La audición.

La audición de los recién nacidos tiene precursores fetales que han sido objeto de estudio, estas investigaciones se han realizado utilizando como testigo de la sensación auditiva la respuesta del ritmo cardiaco o los movimientos del feto. Se comprobó que el feto respondía con variaciones del ritmo cardiaco y de su actividad motriz a sonidos puros que le eran presentados a través de la pared abdominal de la madre y esto se podía observar desde la vigésimo sexta semana de gestación (Tanaka, 1969). Durante algunas de esas experiencias la madre llevaba un casco que le impedía oír por su propio aparato auditivo esos sonidos. Lebovici (*op. cit.*) amplía al explicarnos que “los fetos son capaces de discernir entre varios sonidos de diferente frecuencia: si se repite la presentación de un mismo sonido, las respuestas tienden a disminuir y extinguirse (habituação); la presentación de un sonido de distinta frecuencia después de la habituación desata la reaparición de las respuestas cardiacas y motrices”.

Como el medio intrauterino no es silencioso (la intensidad sonora proveniente de la madre está alrededor de los 72 decibeles), el feto está expuesto a la voz de su madre y en menor medida a la del padre y otras personas cercanas, teniendo como consecuencia que después del nacimiento el bebé presente reacciones a la voz humana y en particular a la de sus padres. Estas reacciones se suceden cuando está en un estado de vigilia calmo y atento, la presencia de un estímulo –por ejemplo la presentación de un sonajero– a su

<sup>3</sup> Sus investigaciones consistieron en estudiar la succión en tres grupos de recién nacidos que recibían respectivamente una solución azucarada (15% de glucosa disuelta en agua), agua y, alternadamente, la solución azucarada y el agua. Se comprobó con toda claridad que la deglución de los bebés del tercer grupo se hacía más activa cada vez que se les daba la solución azucarada. Además, cuando los bebés del tercer grupo recibían agua (entre uno y otro suministro de solución azucarada), su succión era menos intensa que la de los bebés del segundo grupo, que no habían recibido más que agua, ha existido en consecuencia un proceso mediante el cual los bebés del tercer grupo “aprendieron” que los suministros de agua se continuaban con los de la solución azucarada.

derecha o a su izquierda producen con mucha frecuencia reacciones de orientación, ya que el bebé rota los ojos, e incluso la cabeza, en dirección del origen del estímulo. Por otra parte cuando un bebé está somnoliento la presencia de un estímulo sonoro provoca en la mayoría de los casos que abra los ojos. Y cuando los lactantes lloran, se ha podido observar que un sonido continuo (250 ciclos por segundo 85 decibeles) puede poner fin al llanto, mostrándose tan eficaz para el llanto como lo sería un chupón azucarado Birns y cols, (1966).

Pero el recién nacido no sólo logra oír, sino que al parecer alcanza a discriminar entre diferentes sonidos. Esta capacidad de discriminación ocurre tanto para la frecuencia como para el volumen. La voz humana, por su parte, produce efectos que se diferencian de los efectos producidos por otro tipo de sonidos, cabe destacar que especialmente durante la segunda semana de vida, la voz (de la madre, de otra mujer, de un hombre) es susceptible de provocar sonrisas con mayor frecuencia que otros que otros sonidos (Wolff, 1963). Ampliando este tipo de investigación, Eimas y cols. (1971), evidenciaron que bebés de más de un mes de vida podían realizar finas discriminaciones auditivas distinguiendo entre la "p" y la "b".<sup>4</sup>

## ***2.2 Los estados de vigilancia y su relación con la unidad narcisista primaria.***

Wolff en 1957, realizó una serie de cuidadosas observaciones en recién nacidos, con el objetivo de caracterizar su *estado*.<sup>5</sup> A continuación expondremos la clasificación corriente empleada en la actualidad (Wolff, 1966), que distingue seis estados; los dos primeros corresponden al sueño, el tercero a la somnolencia y del cuarto al sexto a la vigilia. Esta serie de estados describe una graduación que va desde un estado "calmo", en un extremo, hasta un estado de máxima excitación en el otro extremo. Su valor consiste en que se toma en cuenta el factor "estado" en las descripciones de los comportamientos del recién nacido.

Por otra parte, Wolff (1965), pone el acento en el hecho de que entre uno y otro bebé existen considerables diferencias individuales en lo que refiere a la organización de los estados y la importancia relativos de estos. Por ejemplo, las variaciones encontradas dentro del estado 4 son notables, y reflejan grandes diferencias entre las relaciones de los recién nacidos con su ambiente. Al parecer, los estados de los recién nacidos responden a una organización. Brazelton (1980) indica que los recién nacidos utilizan los diferentes estados para controlar las tensiones endógenas o exógenas y organizar su vivenciar.

---

<sup>4</sup> La técnica que emplearon estos investigadores fue la siguiente: la muestra de recién nacidos succionaban una tetina ligada a con un parlante, de forma que los movimientos de succión produjesen repetidamente el sonido pa-pa-pa-pa. Al cabo de un periodo de vigorosa succión se observó un decaimiento de esta actividad. Los investigadores cambiaron el montaje, de forma que la succión produjese el sonido ba-ba-ba-ba. Enseguida se advirtió un aumento de la actividad de succión. Aquel primer decaimiento depende del bien conocido fenómeno de habituación, en virtud del cual la repetición de un estímulo idéntico se acompaña de un decrecimiento del interés. El aumento de la succión da fe de que ba-ba-ba-ba fue reconocido como un nuevo sonido, lo cual equivale a decir que fue distinguido de su precedente (pa-pa-pa-pa), a pesar de serle tan similar.

<sup>5</sup> Al decir "estado" nos estamos refiriendo, por una parte al estado de vigilancia y, por la otra, al estado de excitación, de actividad motriz, y a la calidad de vivencia afectiva del recién nacido (Lebovici, 1988).

Según este planteamiento, los estados y sus cambios forman parte de mecanismos de regulación primitivos.

Lebovici comenta que desde el punto de vista interaccional, los estados parecen representar comunicaciones extremadamente arcaicas entre el lactante y su madre. El estado del bebé comunica a la madre una representación sobre la experiencia afectivas vivenciada por el bebé, por ejemplo: atención al exterior (estado 4), excitación y/o tensión (estado 5), aflicción (estado 6); el estado del bebé también comunica a su madre qué disposición a la interacción tiene en ese momento, por ejemplo, en los estados 4,5 y 6, está en la búsqueda de la interacción, mientras que en los estados 1 y 2, se repliega sobre sí mismo, o bien, en el estado 3, que es de transición, y desde ahí partir a los estados de somnolencia, (los primeros), o a los de actividad (los segundos).

Los estados del bebé constituyen en sí una forma de comunicación, ya que la madre puede relacionarlos con el tipo de atención que sea necesario proporcionarle. Por ejemplo, interpretará que si el bebé se encuentra en el estado 6 (de agitación), es por que está incómodo o molesto, de tal suerte que ella responde al sostenerlo, calmarlo, dándole de comer o cambiándolo, llevándolo así al estado 1 (dormido), todo esto lo hizo *en respuesta* a los mensajes y demandas de atención de su bebé, y si el bebé logró alcanzar el estado 1 fue por que responde también a los mensajes y atenciones reconfortantes que su madre le dirigió. Así mismo, un recién nacido que transita del estado 3 al 4 cuando su madre le sonríe o lo acaricia transmite una información que probablemente ella interpretará así: las caricias y las sonrisas me incitan a permanecer despierto y atento a tu persona". Recíprocamente, el bebé experimenta cuidados diferentes según el tipo de estado en que se encuentre, y durante los primeros meses de vida tiene ocasión de establecer vinculaciones o asociaciones entre sus estados y el tipo de cuidados que le brindan sus padres.

El estado 4 presenta características muy especiales, ya que es en él cuando el bebé se encuentra totalmente atento y disponible para la interacción. Se puede decir que las interacciones establecidas durante los otros estados de vigilia se dirigen en buena parte a que el bebé alcance este estado. Wolff (1965) afirma que la duración del estado 4 va en continuo crecimiento durante las cuatro primeras semanas de vida, los promedios del porcentaje que ocupa sobre el tiempo total de la observación: primera semana 11%; segunda, 17%; tercera, 19%; cuarta, 21%<sup>6</sup>.

Es de suma importancia observar, como lo señala Lebovici, que el despertar del bebé, y en especial su estado 4, está determinado sobre todo por necesidades fisiológicas como el hambre, podría pensarse que el estado 4 fuese máximo antes de las comidas y mínimo (con tendencia decreciente) después de éstas. Sin embargo, por lo general, los periodos de vigilia calma y atenta (estado 4) son siempre más prolongados (en forma estadísticamente significativa) en la inmediata contigüidad al término de las comidas que durante los demás periodos juntos, (*ibid*), exceptuando la primera semana de vida, (cuando las variaciones en los tiempos de la lactación, son grandes según múltiples factores no

<sup>6</sup> Es importante aclarar que las observaciones de Wolff se realizaron únicamente durante el día y no son más que meras aproximaciones.

controlables). De esto se deduce que es la ausencia de hambre lo que favorece el estado de vigilia calmo y atento, mientras que el hambre se asocia a los estados 5 y 6.

Otro factor que influye en forma determinante en el estado de vigilia calmo y atento es el *handling* (tomar al bebé, manipularlo) y el *holding* (sostenerlo), en el sentido concreto de estos términos. Korner y Grobstein (1966), estudiaron lactantes en distintos momentos en que lloraban eran tomados y sostenidos. Así, estos autores señalaron como los doce recién nacidos de su estudio pasaban al estado 4 (de vigilia calmo y atento), cuando se los tomaba para apoyarlos contra el pecho y el hombro del adulto. Cabe señalar que existían entre los bebés importantes diferencias respecto de la facilidad con que se tranquilizaban y alcanzaban el estado 4. También la capacidad para conservar durante un periodo significativo ese estado variaba mucho de un bebé a otro. En algunos, esos episodios eran cortos; en otros, eran prolongados. Además, al margen de cualquier estímulo externo, también eran muy variables las aptitudes de los bebés para alcanzar el estado calmo y atento. Algunos de estos nunca lo hicieron espontáneamente, otros lo realizaron en contadas ocasiones, y en un escaso número lo realizaron con frecuencia. Lebovici indica que se puede suponer que las madres tendrán vivencias extremadamente distintas según la asiduidad y duración de los estados de vigilia calmos y atentos de sus bebés. Pero también cabe señalar que el comportamiento de la madre (*handling, holding*) influye a su vez, con toda probabilidad, sobre la frecuencia y duración con que el recién nacido adopta y transita por estos estados.

Finalmente, cabe señalar que no todos los recién nacidos intervienen de la misma manera en la interacción madre-lactante, ya que existen considerables diferencias entre los bebés, no sólo en lo que se refiere al peso del nacimiento y otras características físicas, —que por sí solas gravitan sobre las representaciones que los padres se hacen de sus hijos—, sino a una enorme gama de conductas estrictamente interactivas, como la aptitud para ser calmado, los estados de vigilia y, más que nada, la aptitud para adoptar y mantener un estado de vigilia calmo y atento, condición inmejorable para la interacción madre-bebé.<sup>7</sup>

### 2.3 La habituación

Después de haber revisado los estados de atención del bebé, pasemos a analizar los factores que motivan la atención o el decaimiento de ésta, sobre un estímulo determinado.

Uno de los principales factores que pone fin a los episodios de atención en el bebé, y que continúa operando el resto de la vida, es el fenómeno de la habituación. Este consiste en que con la repetición de un mismo estímulo disminuye la respuesta y la atención. Bridger en 1961 demostró, a partir de un estudio con 50 recién nacidos, cómo muchos de estos

<sup>7</sup> “El origen de las diferencias individuales comprobadas entre los recién nacidos es un punto que se mantiene relativamente inexplorado. Puede suponerse que están vinculadas con diferencias en el equipamiento genético de las criaturas, pero también plantea el problema, tan importante, de la influencia de la vida intrauterina. Cada vez está más claro que el mismo medio intrauterino es muy variable, y que el feto no sólo puede verse sometido a agresiones infecciosas, carencias nutricionales o agentes tóxicos, sino a influjos dependientes del estado emocional de la madre. Por último, las diferencias individuales dependen también de la experiencia del nacimiento, así como de los primeros días de vida extrauterina” (Lebovici *op. cit.*).

tenían la capacidad de habituación si el intervalo entre los estímulos era inferior a 5 segundos. La habituación a los estímulos (sonoros o táctiles) pasaba por dos fases:

- a. El cese de una nítida reacción de sobresalto;
- b. El cese de toda respuesta.

Todos los bebés mostraron la primera fase, pero sólo algunos pocos la segunda. Diversos estudios han puesto de manifiesto un fenómeno semejante en relación con otras modalidades sensoriales, por ejemplo, las estimulaciones olfativas (Engen y Lipsitt, 1965). La investigación de Friedman y cols. (1970) evidenció que los recién nacidos presentan una disminución de su respuesta (tiempo de fijación visual) cuando se les presentaba repetidamente una misma imagen en damero. Y en sentido inverso, ocurría una recuperación de la respuesta (regreso al nivel inicial o incremento de ese nivel) cuando se les presentaba una imagen en damero diferente.

Lebovici señala que los estudios sobre la habituación tienen importantes repercusiones. Ellos nos permiten suponer que el sistema nervioso central del recién nacido es capaz de poner en juego mecanismos que activos, tienen el efecto de inhibir la excitación motriz o vegetativa durante la aplicación repetida de estimulaciones idénticas. Cabe señalar que la habituación no es lo mismo que hablar de fatiga sensorial o un fenómeno de inexcitabilidad transitoria; así lo demuestra el hecho de que al aplicar un estímulo diferente la respuesta se recupera. Es así como el fenómeno de la habituación parece pertenecer al marco general de los mecanismos de regulación homeostática, gracias a los cuales el organismo puede regresar a su estado de homeostasis y mantenerse en él, a despecho de los factores que vengán a perturbar ese equilibrio. Otra relevante consecuencia de este fenómeno consiste en que ha proporcionado un medio para estudiar la capacidad de discernimiento sensorial de recién nacidos y lactantes. La reaparición de respuesta en un lactante ante un estímulo ligeramente diferente (después de que se le habituó a un primer estímulo) pone en evidencia la capacidad del bebé para discernir entre dos estímulos diferentes.

### 2.3.1 *La homeostasis.*

Lebovici (1988) señala que son muchos los investigadores que han tratado de establecer las cuestiones centrales que caracterizan la relación entre la madre y su bebé en las diferentes etapas del desarrollo del bebé. Estos autores hablan de *tareas* de desarrollo, esto es, como si en *la agenda* de la madre y su bebé existiesen cierto número de cuestiones que negociar a medida que el bebé se desarrolla. Dentro de esta concepción, la primera cuestión a negociar ha recibido de Sander (1962), la denominación de “adaptación primaria”. Esta se caracteriza por la adquisición que hace el bebé de “ciertos ritmos razonablemente previsibles en orden a la alimentación, la eliminación, el sueño y la vigilia. [...] Una apreciación del éxito de la negociación de las exigencias adaptativas puede a veces verificarse a partir de la tercera o cuarta semana, cuando la madre observa espontáneamente que ahora tiene la sensación de *conocer* a su bebé, lo que llegado el caso va unido a una disminución de la ansiedad que acompaña a los distintos pasos de su cuidado del bebé”.

Greenspan y Lourie (1979), designan a esta primera tarea del bebé como homeostasis, con lo que respecta al bebé, se trata de adquirir los mecanismos de regulación que habrán de permitirle establecer sus ritmos alimentario y nictemeral, de organizar sus estados (de vigilancia) y de adquirir los mecanismos que le permitan mantener un estado relativamente exento de tensiones, a pesar de estimulaciones externas excesivas que lo alcancen.

Brazelton (*op. cit.*) considera que la agenda de regulaciones homeostáticas inicia en el área de lo vegetativo y abarca las grandes funciones alimentaria, hipónica, cardiovascular y respiratoria. En segunda instancia está la regulación de los movimientos corporales. Al inicio estos movimientos son extremadamente inmaduros, es decir, discontinuos y de amplitud limitada. Con la maduración se observa el desarrollo progresivo de movimientos regulares y de mucho mayor amplitud. En tercer término está la regulación de los estados de vigilancia. Se trata de que el recién nacido desarrolle su capacidad para calmarse y apaciguarse por sí solo, al igual que su aptitud para recibir de la madre y otras personas que lo cuidan, consuelo. Finalmente está su capacidad para regular su nivel de atención hacia personas y objetos de su entorno. Fue Cannon quien empleó el término homeostasis (conservación del mismo estado) para describir el trabajo fisiológico efectuado por el organismo con el fin de preservar su estado basal, caracterizado por ciertas constantes: metabólicas, respiratorias, cardiovasculares, y otras. Este planteamiento se adapta bastante bien a la descripción de esta fase precoz en el desarrollo neuropsíquico del bebé, en la medida en que ésta guarda una íntima relación con sus condiciones fisiológicas, de las cuales depende. La homeostasis se alcanza gracias a la conjugación e interacción de dos influjos:

1. Las aptitudes homeostáticas intrínsecas del bebé.
2. La ayuda y la organización que la madre proporciona.<sup>8</sup>

El lactante tiene capacidades intrínsecas, más o menos acentuadas, para tender al estado de homeostasis. Se observa que para tranquilizarse, comienza a succionar sin que tenga alguna cosa en la boca; o por ejemplo, se lleva la mano o los dedos a la boca para chuparlos, y esto sucede desde los primeros días posteriores al parto. Comúnmente, a medida que madura, su atención e interés por objetos y personas que lo circundan se acentúa gracias a su creciente capacidad para tranquilizarse por sí mismo.

Por su parte, la madre tiene un papel activo en el establecimiento de la homeostasis, por ejemplo, como lo señala Lebovici (*op. cit.*) el estado calmo y atento del bebé encuentra diferentes aceptaciones en la madre, y las respuestas varían de una madre a otra. Según la satisfacción que encuentre en contemplar los ojos de su bebé, según el tiempo que dedique a mirarlo y/o hablarle cara-a-cara, el bebé experimenta dentro de este estado calmo y atento, eventos que influyen la manera de organizar sus estados de vigilancia, y sobre la rapidez con que organiza sus diferentes estados en el transcurso de su desarrollo. Así mismo, la respuesta que la madre tiene ante la aflicción y el llanto del bebé es muy

---

<sup>8</sup> "En este sentido, la rigidez de los horarios de las comidas puede interpretarse así: los horarios rígidos tienden a descansar en la capacidad intrínseca del bebé, mientras que los horarios flexibles acentúan la influencia homeostática de la madre" (Lebovici, *op. cit.*).

variable, mientras que algunas madres responden sin la menor tardanza, en forma regular y previsible, otras demoran más tiempo, o reaccionan en lapsos de tiempo variables e impredecibles. De la misma forma, encontramos variaciones en los medios de respuesta de la madre, algunas les hablan para calmarlos, otras les toman de los brazos, lo acunan, le dan de mamar, etc. Encontramos esta misma enorme gama de respuestas ante la interpretación de los llantos, existen casos en que la presencia de la aflicción es más que dudosa, pese a lo cual una madre ansiosa reacciona como si esta fuese una contundente realidad. Un débil gemido durante la fase de sueño con movimientos oculares rápidos puede ser tomado como una señal de aflicción, y entonces la intervención materna no hará más que perturbar el sueño del bebé, ya que este despierta y pasa a un estado de somnolencia. En este estado vuelve a cerrar los ojos, y la madre lo regresa a su cuna, es entonces cuando el bebé inicia el llanto y la madre lo vuelve a cargar.

Los llantos son una señal dirigida por el bebé a su madre; la somnolencia puede ser otra. De esta forma, involuntariamente, el bebé encuentra un repertorio de recursos de comunicación que a la madre toca distinguir e interpretar. Es así como a lo largo de las interacciones se desarrolla un continuo flujo de mensajes del bebé y de sus respectivas respuestas maternas. Gracias a esa sensibilidad, así como de la adecuada interpretación y respuesta subsiguiente, la interacción se puede desarrollar en forma armoniosa, o por lo contrario, ser tensa y caótica. Lebovici (*op. cit.*) comenta que un punto importante es la capacidad de la madre para distinguir la idiosincrasia de un bebé, es decir, aquello que hace que este sea un individuo único y diferente de los demás. Por ejemplo, cierto golpeteo sobre la nariz o el mentón del bebé, que su hermano mayor recibía con agrado, es recibido con llantos o fruncimiento de cejas por este segundo hijo. Existen madres capaces de "leer" este mensaje o al menos de tenerlo en cuenta, pero otras pareciera que repiten indiscriminadamente las mismas actitudes y conductas con todos sus hijos, sin importar la respuesta de éstos.

La madre también puede evaluar la excitabilidad correspondiente a su recién nacido. Bergman y Escalona (1949) demostraron que algunos bebés muestran hiperexcitabilidad en algunos campos sensoriales, por ejemplo el táctil y/o el auditivo y/o el visual, pero incluso exceptuando estas variaciones extremas, la realidad es que cada bebé es, en mayor o menor medida, sensible y vulnerable a los estímulos externos. Esta sensibilidad y la incomodidad que provocan son comunicados a la madre mediante llantos y aflicción. Una de las principales tareas de la madre consiste en apreciar la sensibilidad individual de su bebé y adecuar el ambiente para protegerlo de estímulos que puedan resultar ser excesivos.<sup>9</sup>

Durante este periodo, la función de los padres ya va más allá de ayudar al bebé a sentirse y mantenerse bien. Ahora buscan su mirada, tratan de transmitirle sus sentimientos de amor al hablarle dulcemente mientras lo miran y le sonríen. Procuran identificar sus respuestas en los momentos de intercambio, descubrir las demostraciones de satisfacción, las primeras sonrisas o los gestos que las insinúan, y en general reciben con júbilo cualquier detalle que vincule al bebé con el mundo humano y las relaciones interpersonales: la sonrisa, la mirada, los párpados que se abren al percibir algún sonido.

<sup>9</sup> Esta noción está emparentada con el concepto freudiano (1979) de protección antiestímulo.

En síntesis, la tarea de los padres no se restringe a calmar la aflicción, sino que también comprende, estimular el placer del intercambio estimulando el acceso al mundo, desbordando con esta actitud la homeostasis con el fin de promover el desarrollo del bebé. En este mismo sentido, Brazelton y cols. (1974), consideran que las interacciones madre-bebé se estructuran según un ciclo secuencial, en el que cada una de las fases corresponden a diferentes niveles de atención y de investimento afectivo. Durante el curso de una secuencia, la sincronía interactiva se constituye progresivamente, según fases sucesivas de “orientación mutua”, “saludo” y “juego-diálogo”, que después ceden de manera también progresiva a una fase que se denomina “fase de desenganche”, pasando luego a una nueva secuencia de fases. “Lo que caracteriza sobre todo esta interacción es su naturaleza cíclica con alternancia de periodos en los cuales el niño fija intensamente su rostro en el de su madre y otros en los que lo evita, cerrando los ojos o volviéndose ligeramente. [...] Este comportamiento de evitación parece responder a la necesidad de cada niño de controlar la cantidad de estímulos, puede corresponder también a un “periodo de recuperación”, en el cual elabora formas previamente recibidas” (Brazelton y cols., 1974).

Por otra parte, cuando el lactante tiene una respuesta favorable a los *anticipos* de sus padres, esto es, si se aprieta contra ellos cuando lo cargan, si se tranquiliza cuando pretenden calmarlo, si los sigue con la mirada cuando la buscan, ellos se sienten promovidos al grado de verdaderos padres por su propio hijo. Este les confirma con su actitud, esa identidad de padres, alejando con esto los temores y fantasmas angustiantes que pudieron tener. En caso de que el bebé no responda en forma favorable, se produce la situación opuesta, esto es, cada aflicción suena como un mensaje de crítica hacia ellos. En esta situación, es tarea de los padres instrumentar dos estrategias íntimamente vinculadas contra la angustia. Por una parte, combatir la angustia que sienten ellos mismos, y por otra parte, calmar la aflicción del bebé. En ocasiones los asalta una sensación de pánico. Entonces, el objetivo es superar la aflicción anterior y explorar nuevas formas de atención y cuidados para con el bebé, que alcancen a apaciguar su malestar, por ejemplo, bajar la intensidad de la iluminación de la habitación, cantarle, acunarlo mientras se lo pasea o vestirlo con diferente ropa.

Otra situación difícil, es cuando el bebé se muestra apático, es decir, no parece interesarse en los eventos y las personas que le rodean, por lo que permanece por largos periodos dormido o dormitando, en esta situación en muchos de los casos, los padres no parecen advertir nada extraño, atribuyendo esa apatía a la forma de ser del bebé, llegando al extremo de mostrar enojo contra ese bebé que en cierto sentido los frustra; pero en este caso también pueden intentar, de forma progresiva, alentar al bebé a que se mantenga despierto mediante la estimulación auditiva, visual y cinestésica.

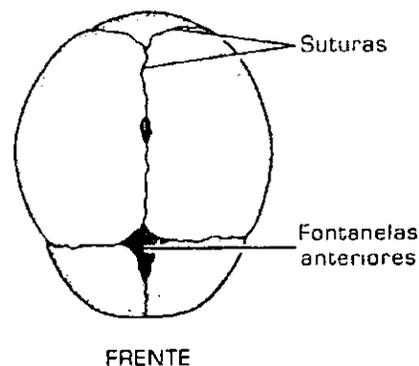
#### **2.4 Déficit en las capacidades sensoriales y motoras en bebés con hidrocefalia congénita**

Los dos factores más importantes que determinan el curso clínico y modo de presentación de la hidrocefalia son: la edad del paciente y la causa específica del trastorno.

La edad es importante, ya que si las suturas craneales no se han cerrado aún en forma definitiva, un proceso hidrocefálico activo puede causar agrandamiento anormal de la circunferencia cefálica.

La hidrocefalia que se manifiesta antes de los dos años suele causar macrocefalia, con cráneo abultado.

El signo de MacEwen está presente y las venas frontotemporales del cuero cabelludo se vuelven prominentes.



Cuadro 1

El niño puede experimentar intensas molestias al mirar hacia arriba (signo del sol naciente), como resultado de la dilatación de los recesos suprapineales del tercer ventrículo que comprime el tectum mesencefálico. Con frecuencia se observan parálisis unilaterales o bilaterales del sexto nervio craneal, así como otras anomalías de la movilidad ocular. A menudo el tono muscular se intensifica más en las extremidades inferiores que en las superiores, probablemente debido a que las fibras corticoespinales se lesionan al dilatarse el ventrículo lateral. A veces puede haber trastorno corticobulbar con dificultad para la alimentación y el habla. Los nervios ópticos se pueden atrofiar como consecuencia de la compresión de los ventrículos distendidos. Los niños y los adolescentes con hidrocefalia activa pueden tener cefaleas intermitentes y vómito esporádico al cambiar de postura, sobre todo en las mañanas. También pueden presentar papiledema, parálisis del sexto nervio o ambos. Los cambios en el tono muscular son semejantes a los observados en niños más pequeños. En la adolescencia pueden manifestarse anomalías endocrinas, menstruales (amenorrea), retraso en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diabetes insípida, hipotiroidismo y en ocasiones falla en el crecimiento.

Finalmente, podemos comentar que resulta sumamente importante conocer en forma más profunda el psiquismo del bebé enfermo, y cómo los internamientos y tratamientos afectan su desarrollo, ya que se le incorpora en un medio desconocido, donde el cuerpo pasa a ser un espacio de dolor e incomodidad, donde no es únicamente el paciente quien se enfrenta al impacto de la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos, sino que también es su madre, como parte de la estructura que conforman, quien comparte esta vivencia. De tal forma que la diada entendida como estructura, se ve sometida a un importante cambio ambiental, generando con esto distintas respuestas, que expondremos y analizaremos en nuestro siguiente capítulo.

### **CAPÍTULO 3. SUPUESTOS INTERDISCIPLINARIOS: EL BEBÉ ENFERMO, TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL LACTANTE CON HIDROCEFALIA CONGÉNITA.**

En el presente capítulo, analizaremos con más detenimiento las dinámicas y mecanismos despertados al interior de la diada, a partir del internamiento del bebé (y su madre) en la unidad hospitalaria.

#### ***3.1 El psiquismo del niño enfermo y el síndrome de depresión hospitalaria.***

A lo largo de estos últimos años, la atención de los niños en hospitales se ha estado transformando notablemente, los adelantos científicos y médicos han modificado los tipos de tratamiento disponibles y, hasta cierto punto, alteraron el espectro de las afecciones que se observan en el hospital. Por ejemplo, una gran proporción de pacientes que llegan son sometidos a procedimientos quirúrgicos y son objeto de estudios y tratamientos más completos que los que se realizaban en el pasado. Los médicos se han especializado considerablemente, y frecuentemente las personas que tienen a su cargo al bebé en el hospital no se encuentran implicados a lo largo de toda su atención e internamiento. Además, debido a la carencia de enfermeras y al aumento de la población hospitalizada, éstas no alcanzan a ocuparse de las necesidades emocionales de los pacientes. Por todo esto, la situación hospitalaria se ha tornado excesivamente impersonal, ocurriendo con esto que se centre la atención en la enfermedad y los aspectos somáticos así como en los tratamientos médicos, y se dejen al margen los sentimientos y emociones del pequeño paciente, así como de los familiares que lo acompañan.

Plank (1978) enseña que cuando se hospitaliza a un adulto, se interrumpe su vida normal así como su actividad. Y al restablecerse y ser dado de alta, el ciclo se reanuda y las cosas vuelven relativamente a su cauce normal. Pero para el caso de un niño, y sobretodo cuando se trata de un lactante, las cosas resultan ser sumamente diferentes, ya que el lactante no puede interrumpir el ciclo de su vida y de su desarrollo. Cuando se interna a un bebé, el personal del hospital, en colaboración con la madre del paciente tiene que asumir tareas más allá de la función médica, tareas que deben cumplirse de forma tal que el proceso de desarrollo pueda continuar. Un día normal en la vida de un bebé implica su relación con adultos (principalmente su madre), con la estimulación, las respuestas, la creación de propios mensajes, la alimentación, el descanso, y en sí todo lo que significa su desarrollo, estas relaciones deben ubicarse hábilmente dentro de un día pleno de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La amenaza de la enfermedad misma así como las consecuencias de las cirugías y de la posible proximidad de la muerte o de secuelas, complican en forma importante la situación. Es por esto, que la presencia de la madre a través de las diversas etapas de la hospitalización resulta de suma importancia, la gran mayoría de los pequeños encuentran que en el hospital casi todo les resulta extraño, desde el ascensor hasta la bata de dormir hospitalaria. También la apariencia y los sonidos de la gente son muy distintos a los que se perciben en casa.

Raimbault (1967) indica que, a partir de esta gran gama de datos y eventos, el niño enfermo y su hospitalización han sido objeto de investigaciones y estudios que se han multiplicado a medida que se organiza y amplía la colaboración entre la Pediatría y la Psicología. Esto da como resultado el análisis de numerosos datos, como son por ejemplo: el niño mismo, la constelación familiar y el equipo de cuidado, entre otros. Por su parte, la enfermedad interviene mediante su naturaleza, su duración, su gravedad, las técnicas y procedimientos de diagnóstico así como los cuidados y tratamientos que demanda.

En un primer acercamiento, habría que distinguir entre las enfermedades episódicas y los estados mórbidos de larga duración y, entre estos separar la minusvalía irreversible de la enfermedad crónica potencialmente evolutiva, así mismo, resulta de suma importancia destacar que la minusvalía irreversible puede ser de orden sensorial, motor, visceral, genital o morfológico, con características particulares para cada uno de los casos, también podemos indicar que la enumeración antes citada implica otras referencias, como son: la sujeción a regímenes y tratamientos, las consecuencias mismas de la hospitalización, las exploraciones diagnósticas de las terapias de ensayo o de las que implican riesgos.

Kreisler (1988) señala que abordar el trabajo sobre el niño enfermo mediante la vía de la Psicología dinámica genera todo un horizonte de convergencias e interacciones del conjunto de las personas que intervienen en la enfermedad, es decir: el niño mismo, su ambiente familiar y su entorno médico. En un primer análisis, la enfermedad introduce la historia de los acontecimientos que jalonan la vida del niño dentro de una perspectiva traumática, con su potencial cuantitativo y su particular calidad. El niño, a causa de su enfermedad, se encuentra sometido a una agresión interna a través del daño físico, y externa por las implicaciones médicas que el tratamiento de la misma enfermedad le impone, viéndose obligado a someterse ante ambas. De esta forma, el cuerpo pasa de ser un instrumento de placer y autonomía como lo sería en condiciones normales, a ser un lugar de sufrimiento, objeto de dependencia y ocasión de pasividad.

Del conjunto de modificaciones intra e interpersonales introducidas por la enfermedad, resulta la aparición de cambios de conducta, regresiones, detenciones en los procesos del desarrollo y aislamiento de las interacciones, todas estas como formas de procesos defensivos ante las agresiones tanto internas como externas. Es Alby (1971) quien comenta que es esencial evaluar sus características, adecuadas o perjudiciales para la adaptación presente y futura del funcionamiento mental. En esta misma línea de ideas, encontramos que Békei, (1981), comenta que el mérito de considerar la enfermedad como agresión psíquica corresponde a Anna Freud quien en 1952 publicó un trabajo sobre el impacto de la enfermedad corporal en el niño.

Pasemos ahora al análisis del efecto que implica el daño corporal sobre la formación de la imagen corporal y su influencia sobre la estructuración y desarrollo del *yo*. Al producirse los daños durante la primera infancia encontramos tres grados de gravedad establecidos por Rodrigué (1968), siendo el primero relativamente más breve y tratable y el tercero irremediable. Este autor considera que el daño desorganizador resulta ser más grande mientras más temprano se produce y cuanto más se prolonga. Menciona que para poder defenderse del daño, el niño debe de haber formado ya objetos totales, haber alcanzado la posición depresiva (desde la teoría kleniana), tener la capacidad de simbolización, de

ambivalencia hacia los objetos externos y considerarse así mismo como unidad diferenciada, en lo que se refiere al desarrollo del aparato psíquico, considera que el niño debe de tener un *yo* que se diferencie del *ello* y alcance cierta autonomía, el cual formó una imagen corporal primitiva, y que alcanzó ya una identidad y representaciones del mundo y de objetos.

Para otros autores, como es el caso de Greenacre (*op. cit.*), traumas concordantes refuerzan con la realidad las fantasías típicas de la fase dominante, distorsionando la imagen corporal, y constituyéndose en “experiencias organizadoras”, con la cual se asocian todas las vivencias típicas o traumáticas de las fases subsiguientes. La capacidad de elaboración de dichos traumas aumenta con la adquisición de la palabra como símbolo acabado. Mucho mayor resulta el daño si se produce en el periodo predepresivo, ya que el niño no dispone todavía de símbolos representativos; teniendo como únicos mecanismos de defensa la disociación, la negación y el clivaje (Según la teoría kleniana).

En lo que se refiere a la imagen corporal, el trauma interfiere con su formación, ya que no se establece la frontera entre el *self* y el *no-self*, sus contornos son imprecisos y fluctuantes. Las consecuencias dependen del grado de discriminación que se ha alcanzado. Por lo que se puede producir una psicosis simbiótica, hipocondriaca, perversión o enfermedad psicosomática, cabe aclarar que en este punto son de fundamental importancia, para el destino de estas consecuencias, la calidad, forma y dinámica de las interacciones precoces. Otra secuela psíquica del daño corporal temprano puede ser el “trastorno de identidad narcisista” descrito por Rose (1966), éste no es precisamente una psicosis, sino más bien una debilidad *yoica*, donde persisten fantasías inconscientes de fusión con el objeto. Esta serie de fantasías acarrear deformaciones del *yo* corporal, límite nebuloso entre las representaciones del *self* y de los objetos, por diferenciación incompleta del núcleo simbiótico madre-hijo subyacente. A esta imagen indefinida del *yo* corporal se agregan las impresiones de las fases subsiguientes del desarrollo psicosexual y de los destinos pulsionales. El *yo* puede ser percibido como un pecho o una boca, un producto anal o una extensión fálica, y la visión del mundo llevar los estigmas correspondientes.

Por su parte Pavenstedt (1956), reporta en un análisis con esquizofrénicos adultos que con mucha frecuencia el antecedente de una enfermedad orgánica prolongada, incapacitante e inmovilizadora durante la infancia. Esta serie de investigaciones nos llevan a la conclusión de que los daños corporales generados durante la temprana infancia son graves, ya que interfieren con el desarrollo psíquico del niño al interferir la discriminación entre *self* y *no-self*, es decir, las relaciones objetales, y con la formación de una imagen corporal neta, que para definirse requiere una libre capacidad de movimientos. Békei, (*op. cit.*) comenta que el grado de gravedad resultante –que va en escala decreciente desde la psicosis hasta el uso sublimatorio del daño como creación artística– depende de si el daño impacta antes o después de haberse delimitado la imagen corporal, de haberse alcanzado la capacidad de simbolización, de la duración y características del daño y de la calidad de las relaciones precoces, en especial de la capacidad de la madre para poder proveer al niño con un *yo* auxiliar útil, y para poder superar sus propios fantasmas. Siguiendo a Anna Freud (*op. cit.*), debemos agregar a los daños producidos por la enfermedad, las medidas terapéuticas y la atmósfera emocional en que se administran, ya que forman parte del complejo *enfermedad*, puesto que las medidas se dividen en restricciones e imposiciones.

En lo que se refiere al tipo de padecimiento, consideramos que este también tiene un gran peso en las dificultades que se tengan para superarlo, en nuestro caso, el daño generado por la hidrocefalia tiene un amplio margen, ya que puede afectar una enorme gama de capacidades, desde sensoriales y motoras, hasta interrelacionales y afectivas. Por ejemplo, el hecho de que afecte la visión (en algunos grados hasta la ceguera) demora el desarrollo *yoico*, ya que la inseguridad de no ver restringe la movilidad y retrasa el desarrollo motor (Burlingham, 1965), que de por sí, puede estar directamente comprometido por la hidrocefalia. Además, la falta de visión y de movilidad afectan el desarrollo de las interacciones precoces, ya que como vimos en capítulos anteriores, son fundamentales estas funciones para su buen desarrollo. De aquí la importancia de las capacidades maternas para afrontar y superar estos obstáculos y generar o fortalecer otras vías de comunicación e interacción.

### ***3.2 Dinámica de los procesos lesionales y concepto de plasticidad cerebral.***

Como hemos estado estudiando a lo largo de esta tesis, el bebé es un ser en evolución sensible a su entorno, pero también sumamente sensible a cambios anormales en su interior. De esta forma, el resultado funcional de una lesión cerebral no es siempre una alteración fija y sistematizada, como nos lo indica Salbreux (1988), el modelo neurológico del adulto no es directamente aplicable al del infante, cuya economía neuropsíquica es mucho más plástica, de tal suerte que aunque algunas lesiones del sistema nervioso central puedan afectar a estructuras funcionalmente irremplazables, al ser el sistema nervioso central del niño un sistema en evolución, los resultados pueden ser menos devastadores.

Así, por ejemplo, en el caso del adulto, la hipertensión puede producir en ocasiones una hemorragia cerebral relativamente limitada, que genera, a su vez, una hemiplejía con afasia de Brocca o de Wernicke<sup>1</sup>. A diferencia de este cuadro, en el caso del niño, una lesión cerebral extensa puede generar también hemiplejía, pero para comprender sus consecuencias y sintomatología habrá que tener en cuenta la posibilidad de que un hemisferio supla al otro, mecanismo de suma importancia de frente a la adquisición del lenguaje. La hemiplejía y sobretodo la afasia pueden ser menos importantes; sin embargo, el deterioro mental es más frecuente y tanto más diferente cuanto que suele asociarse a una epilepsia, que da lugar a un cuadro clínico cuya evolución se torna de difícil control. Además, las huellas de la enfermedad se encontrarán en función del entorno, ya que la estimulación y la reestimulación jugarán un papel preponderante, resultando de fundamental importancia la idea que los padres se informen de la incapacidad o de las posibilidades que su estimulación y educación tengan en la modificación y superación de las secuelas de la enfermedad. Como podemos observar, el carácter dinámico de la maduración del sistema nervioso del niño, modifica la sintomatología con que se manifiesta una lesión cerebral, e implica una amplia variabilidad en el cuadro clínico observable. Este es el resultado *de la interferencia entre los efectos del proceso orgánico y la marcha del*

---

<sup>1</sup> Afasia de Brocca: Es la imposibilidad para expresar el pensamiento a través de la palabra complicada con trastornos en la comprensión del lenguaje. Afasia de Wernicke: Dificultad o imposibilidad para comprender el lenguaje con trastornos de la palabra (Salbreux. *op. cit.*).

*desarrollo, de la interacción entre sus consecuencias funcionales, la experiencia vivida por el sujeto y las influencias del medio que le rodea*\*.

En estas condiciones, resultan de suma utilidad las aportaciones de la neurología pediátrica a la psicología pediátrica. Basta recordar los problemas planteados por algunas deficiencias mentales severas en las que se puede observar la fusión entre factores etiológicos y procesos evolutivos, los unos de carácter orgánico y los otros intrapsíquicos e interaccionales.

Una gran cantidad de deficiencias mentales profundas responden a patologías de carácter orgánico de orden hereditario, cromosómico, ante, peri o postnatal (Salbreux, 1978 y Misès, 1980). Lo que resulta importante destacar de esto es que si bien los factores orgánicos son determinantes, están lejos de ser la única causa, ya que resulta de suma dificultad prever de entrada el grado de deficiencia, el cual varía bastante de un caso a otro, ya que es un proceso disarmónico el que hace evolucionar el cuadro clínico, a lo largo de un extenso periodo, antes de que quede fijado en forma más o menos definitiva. Resulta de igual importancia destacar que, por lo general, los síntomas físicos preceden a aquéllos que se traducen en trastornos de la personalidad o de las funciones cognoscitivas.

Este mismo autor nos señala que en otros casos, la sintomatología física y los trastornos psíquicos se combinan estrechamente dentro de cuadros clínicos de gravedad muy variable representando una fuente de errores cuando se tiende a privilegiar exclusivamente el aspecto físico o el psicológico, con graves consecuencias para el pequeño paciente y para su familia. "Recordemos, en relación con esto, la necesidad de tratar endocrinamente el mixedema y el carácter abusivamente reductor de algunas concepciones existentes que interpretan en un sentido psicológico o sociológico, o en un sentido mecanicista u orgánico, entidades tan complejas y heterogéneas como las deficiencias mentales medias o ligeras y en especial los trastornos instrumentales"*(ibid)*.

Por otra parte, debemos considerar el aspecto dinámico y evolutivo ligado a la enfermedad y a sus secuelas funcionales, el déficit y la incapacidad que estos conlleva, y sus efectos e interacción en la marcha normal del desarrollo<sup>2</sup>. Además de las condiciones y exigencias del medio, como son: los padres, y más tarde la escuela, donde el deseo muchas veces frenético de normalidad, la necesidad hasta obsesiva de reparación, la intolerancia a la minusvalía, pueden contribuir a la génesis de esta misma minusvalía tanto como el déficit o la incapacidad de origen físico.

---

\* La cursiva es mía.

<sup>2</sup> Salbreux (1988) indica que un ejemplo clásico de este caso es el de la hemiplejía cerebral infantil no diagnosticable antes de los seis meses. Es decir antes del momento en que la prensión alcanza, si bien no la perfección, por lo menos una buena organización. Una lesión localizada puede no expresarse antes de la edad en que la función debe aparecer, por lo que no se puede hablar de trastorno o retraso antes de que ese intervalo que existe, entre el momento en que se constituye la lesión y la edad normal en que aparece la capacidad que la lesión pueda alterar, termine. Este mismo autor, también señala que entre las modificaciones evolutivas que pueden aparecer en un cuadro patológico determinado, se han observado las que responden a una lesión anatómica o errores metabólicos, y el déficit o incapacidad funcional que de ellas resultan, pero es de suma importancia considerar también las exigencias sociales.

Es así como toda esta serie de elementos dinámicos, unos favorables y otros desfavorables, ligados a la propia evolución del proceso, a su interferencia, al peso de sus secuelas en relación con las exigencias sociales, forman parte de la historia del bebé, quien se encuentra sometido a incesantes modificaciones resultantes de sus esfuerzos de adaptación y de su interacción con el medio.

Finalmente, podemos indicar que el abordaje de los padecimientos de orden mental en lactantes, puede ubicarse desde una perspectiva interdisciplinaria, ya que tanto el mismo padecimiento como sus respectivas consecuencias que involucran estructuras orgánicas y aspectos psíquicos. Desde este tipo de perspectiva se puede brindar una mejor asistencia, que repercutirá en última instancia en una mejor evolución del bebé. Con el entendido de que la naturaleza, la localización y la gravedad de los procesos lesionales tienen su propia evolución, y ésta se encuentra en función de la edad, de las suplencias funcionales, y del apoyo familiar.

Un concepto epidemiológico reciente muy ilustrativo distingue tres niveles en la descripción de las enfermedades o secuelas neuropsíquicas (Salbreux, 1988):

- a. El déficit, la alteración biológica o psicológica, causa del estado patológico.
- b. Sus consecuencias funcionales, que se expresan como incapacidades, limitaciones, y retrasos en el desarrollo.
- c. Su resultante social, es decir, la minusvalía.

Estos tres aspectos se encuentran íntimamente relacionados entre sí, pero también pueden evolucionar independientemente unos de otros, en función de diversos factores. Es, por lo tanto, a partir de bases neurológicas y más ampliamente, biopsicológicas hereditarias o adquiridas, como se organiza, al interior de una dinámica familiar, el psiquismo del bebé. Es decir, el naciente psiquismo del niño, se encuentra comprometido dentro las interacciones precoces, en un movimiento por el que integra sus potencialidades, sus incapacidades, y también sus dificultades en una vivencia particular de la que no se encuentran ausentes los procesos lesionales (Salbreux, 1988).

Finalmente, Misès y Perron (1988) apuntan que las deficiencias intelectuales no son reducibles a una causa única. No se trata de elegir entre mantener las concepciones organogenéticas clásicas o adoptar nuevas tesis psicogenéticas puras. Es decir, todo niño, sea débil mental o no, va desarrollándose mediante la interacción de factores orgánicos, relacionales y sociales. El desarrollo se ve salpicado de etapas en el curso de las cuales la estructura de las funciones cognitivas resulta inseparable del movimiento global de la organización de la personalidad.

Incluso en los casos en que los factores orgánicos son innegables, (como es el caso de la hidrocefalia congénita), mantienen un papel no sólo en términos de maduración, bajo el ángulo restringido de un disfuncionamiento neurobiológico, sino que conllevan también perturbaciones relacionales graves en las primeras estructuras interaccionales madre-bebé. Se podrán observar sus efectos en el dominio de las pulsiones, en el proceso de individuación y en el acceso a la función simbólica.

### 3.3 Respuesta de los padres ante un hijo enfermo.

De la participación de la madre en la formación del aparato psíquico ya nos hemos ocupado en otros aparados, por lo que ahora nos ocuparemos con más detenimiento de los casos en los que el pequeño nace con alguna enfermedad. El defecto congénito del hijo impacta a la madre desde el primer instante. El nacimiento de un niño defectuoso es una grave afrenta narcisista para la madre, la deprime y le crea con frecuencia un rechazo hacia el niño, mismo que puede compensar en muchos casos con una actitud sobreprotectora. Medidas correctivas exageradas llevan a la sobreestimulación o, por el contrario, a la inmovilización prolongada del niño, dificultando las descargas agresivas y libidinales, así como el conocimiento sensoriomotor del cuerpo, aumentando los efectos psíquicos del daño corporal ocasionado por la misma enfermedad, interfiriendo en la estructuración de la imagen corporal y la integración del *yo*.

Tal como lo subraya Niederland (1965), la actitud comprensiva de una *madre suficientemente buena* que aporte un *holding* adecuado puede contribuir a que el defecto se asimile y se elabore posteriormente de manera sublimatoria. Transformándose así en fuente de creatividad<sup>3</sup>.

Las líneas de investigación en el campo pediátrico que analizan la influencia de la madre sobre la forma en que el niño responde a la enfermedad y al tratamiento se han multiplicado considerablemente. Se ha llegado a la conclusión de que si bien la influencia de la angustia de la madre no guarda relación directa con la enfermedad, sí determina el curso de la mejora o el agravamiento del cuadro del bebé, por lo que Glaser, Linn y Harrison (1961) concluyen que para aliviar a los niños, hay que prestar ayuda psicológica a las madres.

Según Mechanic (1964), es la madre quien transmite al niño los patrones de conducta relativos a la salud y enfermedad corrientes en su medio, por lo que madres que viven en constante tensión observan y refieren más síntomas de sus hijos. La educación de la madre es otro factor que influye en la detección y preocupación por los síntomas. Mechanic indica que las madres menos educadas son más fatalistas y menos preocupadas por detectar y prevenir síntomas. En este mismo orden de ideas, encontramos que Klaus (1972) subraya que existe sin duda una "*Paternidad de riesgo*",\* la que se puede denominar "síndrome de depresión hospitalaria parental o de la madre", de la misma forma que existen *niños de riesgo*,\* y un síndrome de depresión hospitalaria en el niño, aunque en un plano muy

<sup>3</sup> Por ejemplo, podemos considerar el caso de un niño atendido por Lussier (1960), donde el deseo de conquistar a la madre, de ser aceptado por ella con el defecto pudo generar logros asombrosos. Este era un niño con una grave malformación congénita de hombro, brazo y mano. Cuando se emprendió la psicoterapia paralela con madre e hijo, este último presentó síntomas regresivos, encopresis, enuresis y retardo escolar. En el análisis mostró que no deseaba compasión, sino aceptación y afecto tal cual era, la deformidad pertenecía a su imagen y estaba incorporada a su ser. Quiso demostrar que su defecto no significaba inferioridad, por lo que aprendió a nadar, tocar la trompeta y andar en bicicleta. Con esto transformó fantasías en capacidades reales, *yoicas*, con el uso de variados mecanismos de defensa: desplazamiento fálico, sobrecompensación, formación reactiva. Con estos logros se alcanzó la modificación de la actitud de la madre quien llegó a sentirse orgullosa de él y gozar de su compañía. Los resultados asombrosos y duraderos se operaron gracias a la conjugación de dos factores: una fuerza *yoica* constitucional del niño apoyada por una actitud acogedora por parte de la madre generada a través del análisis.

\* La cursiva es mía.

distinto. En el síndrome de depresión de la madre, interviene su historia personal, si es primigesta y muy joven o, por el contrario ya madura, en ocasiones grande de edad.

Las reacciones de la madre frente a la separación de su hijo por razones médicas tiene aspectos clínicos especiales, descritos por Carel, (1974) con el nombre de *confusión existencial y maternidad blanca*\* En el primer caso, la madre experimenta una cierta pérdida del sentido de la realidad con un pensamiento flotante y sin que ningún proyecto oriente su actividad. En el segundo, la madre tiende a imitar al equipo médico y se comporta como una enfermera, incapaz de establecer una relación maternal con su hijo (Salbreux y Terrier, 1979), es decir, muestra el comportamiento operatorio que describimos en capítulos anteriores. El reconocimiento del bebé a través del discurso médico, pero sin contacto corporal, es sumamente difícil (Carel *op.cit.*, Salbreux y Terrier, 1979), produciéndose en ocasiones un duelo anticipado del lactante o bien, como consecuencias de las dificultades que encuentra para sobrevivir, se construye el síndrome del “niño frágil” (Soulé, 1978).

Junto con lo precedente, es decir, la estructura psíquica e historia de la madre; el peso del discurso o silencio médico, juega un papel determinante en las formaciones reactivas y demás conductas o síntomas que se organizan en la madre, y con los cuales responde a ese bebé con alteraciones (Salbreux, 1978).

### **3.4 Trabajo interdisciplinario en la búsqueda de mejor atención.**

Salbreux (1988) comenta, con respecto a los padecimientos graves del sistema nervioso central, que son posibles los trastornos motores, sensoriales y la comicialidad, pero la aparición de una deficiencia mental en sus diversos grados y con numerosos trastornos asociados, constituye la posibilidad más frecuente, expresada mediante un cuadro clínico deficitario o en un desarrollo disarmónico más o menos movilizable. Aquí se observan aspectos clínicos puramente psíquicos, en especial psicosis infantiles.

Incluso en las minusvalías psíquicas claras, el papel del entorno, es decir de la madre, resulta fundamental para permitir una cierta evolución o por el contrario un poderoso obstáculo, en estos casos las reacciones de la madre alcanzan, en ocasiones, tal intensidad que ocupan un lugar más significativo, incluso que el mismo cuadro clínico. Una psicoprofilaxis puede ser, en esas situaciones, más o menos urgente. También resultan necesarias otras indicaciones, como por ejemplo, prótesis en el caso de sorderas, o fisioterapias especializadas que asocia técnicas “globales” con un trabajo por zonas en posición de estiramiento máximo. Por estas razones son cada vez más numerosos los equipos interdisciplinarios.

Hoy en día se admite la idea de que la etiología de las secuelas es plurifactorial, y que junto con los numerosos desórdenes orgánicos, infecciosos o metabólicos, los padres y más específicamente la madre, soportan un problema suplementario de orden interaccional: *la dificultad de la madre para establecer interacciones satisfactorias\** con ese recién nacido que le he sido arrancado, (*el vientre ya está vacío, pero los brazos también*), y que se

---

\* La cursiva es mía.

encuentra en peligro de muerte, cuya supervivencia ha resultado incluso artificial y que de todos modos les despoja de su función, dentro de una lucha contra la muerte que algún día deberá de pagar probablemente en forma de secuelas (Salbreux, 1988). Es por estas razones que la asistencia a los padres debe de ser continua e iniciarse desde que se explora y diagnostica la enfermedad del bebé, así mismo resulta de suma importancia introducir a lo largo del proceso terapéutico del bebé, una progresiva toma de conciencia de los padres, una verdad que nunca debe de ser disimulada ni negada. Por lo que el aspecto preventivo de esta acción es esencial.

Por otra parte, cuando los equipos de trabajo tienen una sola perspectiva, o están constituidos por profesionales pertenecientes a una sola disciplina, el trabajo interdisciplinario queda anulado, y peor aún, la asistencia al pequeño paciente y a su familia queda sesgada. Al respecto, Kreisler (*op. cit.*) comenta que la dinámica de la medicina somática implica necesidades que organizan hábitos intelectuales, comprometida por su vocación con la realidad corporal, la pediatría tiene una marcada tendencia a otorgar primacía (y casi exclusividad) a la organogénesis. La dinámica del diagnóstico, que es resultado de un análisis riguroso, por lo que puede quedar bloqueada en algunos de los puntos de su recorrido por un enfoque parcial de la etiología y la dificultad para integrar y unificar el conjunto de factores orgánicos, psicológicos y psicosociales, dentro de una dinámica individual. Misés (*op. cit.*) apunta que las encefalopatías, sea cual sea su etiología, congénita o adquirida, exigen el conocimiento pediátrico. Pero que el psicólogo puede percibir mejor los aspectos evolutivos, disarmónicos del retraso, introducidos por la dimensión relacional.

Finalmente, podemos comentar que las alteraciones motrices cerebrales, abordadas exclusivamente bajo la perspectiva de la neurología tradicional, pueden convertirse en una combinación de insuficiencias instrumentales y ser tratadas mediante reducciones puntuales, debido a que frecuentemente no toman en cuenta aspectos funcionales y psicodinámicos. Por lo que consideramos, que un abordaje interdisciplinario que tome en cuenta tanto los aspectos orgánicos como los psicológicos, logrará alcanzar el tratamiento verdaderamente integral del pequeño paciente.

### ***3.5 Repercusiones psicológicas, familiares y sociales de la hidrocefalia congénita***

O'Brien y Harris (1993), señalan que a partir de las nuevas técnicas quirúrgicas con las que se han tratado a los niños que padecen hidrocefalia, el índice de mortandad ha disminuido y ha permitido realizar una serie de estudios de largo plazo en pacientes que con esta enfermedad, de los cuales mencionaremos algunos a continuación:

El estudio más antiguo y completo que se ha encontrado lo realizaron Laurence and Coates (1962) en 187 pacientes que no fueron operados y que no incluyó casos muy severos. El índice de mortandad del grupo en estudio fue considerablemente alto, ya que sólo el 20% alcanzó la edad adulta. Cabe señalar que la mayoría de los decesos ocurrieron durante los primeros 18 meses a causa de afecciones cardiopulmonares o neumonía; así mismo, los pacientes que sufrían hidrocefalia asociada a mielomelingocele murieron por meningitis. El resto de los pacientes se estabilizaron entre los nueve meses y los dos años, los autores reportaron que en su mayoría, estos pacientes tuvieron un importante retraso físico,

neurológico, visual e intelectual. En lo que se refiere al aspecto motor, más de dos terceras partes tuvieron un importante retardo, así mismo un 60 % de los sobrevivientes mostraron un importante retardo mental y el 25% resultó ser completamente ineducable.

En 1985, Jansen reportó un estudio que comprendió 87 pacientes de edad adulta, que nacieron entre 1946 y 1955, hace notar que más del 60% de éstos están aptos para vivir independientemente y de ellos, un alto porcentaje puede trabajar. A esta serie de estudios también podemos sumar el realizado por Kokkonen y cols. (1993) que comprendió a 40 pacientes en el rango que se extiende de los 16 a los 26 años, operados por padecer hidrocefalia durante la infancia. De éstos, 7 murieron, otros 5 fueron internados en instituciones psiquiátricas, el resto que se divide en 10 hombres y 18 mujeres, que oscilaban entre los 19.5 años, que han sido sometidos a un total de 103 cirugías (colocación de válvulas, recambios valvulares o infección). En este estudio se encontró que la mitad de los pacientes mostraban anormalidades neurológicas o epilepsia (23%), también se encontró que 11 pacientes tenían un coeficiente intelectual (C.I.) verbal menor a 85, así mismo 13 de ellos mostraron un C.I. no-verbal menor a 85.

De estas investigaciones, podemos concluir que resulta sumamente difícil establecer una predicción del desarrollo del potencial mental en pacientes que sufrieron hidrocefalia durante la infancia, aunque Nulsen y ReKate (1982) señalan que se puede hacer cierta predicción, ya que han encontrado que los pacientes que han tenido un crecimiento del perímetro cefálico máximo que oscila los 2 y 3 cm alcanzan un C.I. de 100, mientras que los que rebasan este límite de 3 cm tienen un C.I. inferior. Agregan que ha influido en este desarrollo la educación durante la infancia, cave mencionar que esta serie de datos, en la actualidad y con el desarrollo de nuevas investigaciones han generado gran controversia, sin embargo, y a pesar de las discusiones suscitadas, podemos considerar que desde un punto de vista pragmático son aceptables.

Por su parte Tromp (1979) encontró un desarrollo promedio de un C.I. de 81 en un grupo de 194 niños con hidrocefalia, agrega que este alto índice se debe a numerosos factores que influyen en los resultados. Así mismo, Amacher y Wellington (1984) mostraron que pacientes que padecieron hidrocefalia postraumática tenían un difícil pronóstico en el desarrollo intelectual. En 1968, Lorber indicó que uno de los principales factores que contribuían a un buen o mal pronóstico en cuanto al desarrollo del C.I. y motor, así como al desarrollo de las secuelas, es la prontitud con que se realice la cirugía y se coloque la derivación, con el fin de que el aumento de la presión intracraneal (PIC<sup>4</sup>) no continúe realizando daños.

Por otra parte Raimondi y Soare (1974) fueron los primeros en plantear la posible influencia de factores socioeconómicos en el desarrollo de la inteligencia, ellos encontraron que el C.I. de pacientes con hidrocefalia no se encontraba muy lejos del de sus familiares. Al respecto Tromp (*op. cit.*) hace notar que el nivel educativo y profesional de los padres del paciente influye de forma notable en el desarrollo del C.I. del niño.

---

<sup>4</sup> Para más información revisar el apéndice I "Aspectos importantes de la Hidrocefalia congénita".

Brown y McLone (1981) reportaron un estudio con 167 pacientes con mielodisplasia, a esta muestra la dividieron en tres categorías, la primera con 37 pacientes sin cirugía, la segunda con 88 pacientes con cirugía y que no padecieron ningún tipo de infección del sistema nervioso central, y finalmente la tercera categoría constituida por 42 pacientes que habían sido operados y padecieron de infección en el sistema nervioso central. En el grupo que no había sido operado, los autores encontraron un promedio de C.I. de 102, con una desviación estándar de 18. El C.I. del grupo de niños con hidrocefalia que habían sido operados y que no padecieron infección fue de 95, con una desviación estándar de 19. Y finalmente el grupo de pacientes con hidrocefalia que fueron operados y que si padecieron infección del sistema nervioso central obtuvieron un promedio de C.I. de 73 con una desviación estándar de 26, sumamente significativo en comparación a los otros dos grupos. Con esta investigación se demuestra que los efectos de una infección del sistema nervioso central, repercute directa, significativa y adversamente en el C.I. de los pacientes con hidrocefalia.

Recently, Cull y Wyke (1984) realizaron un extenso estudio sobre la función de la memoria en niños con espina bífida y operados por padecer hidrocefalia congénita. Cuando compararon a estos niños con niños normales, en lo que se refiere a habilidades intelectuales generales, los niños con espina bífida e hidrocefalia congénita, no mostraron diferencia en recordar y repetir una historia corta después de un corto tiempo. Cuando preguntaron si recordaban una lista de palabras irreales, el grupo con hidrocefalia demostró ser decididamente inferior, por lo que concluyeron que ambos grupos ostentan la misma capacidad para aprender y recordar información conocida, pero al tratarse de palabras desconocidas e irreales, el grupo con hidrocefalia demostró una importante inferioridad. El bajo C.I. en pacientes con hidrocefalia ha sido relacionado en muchos de los casos con que el paciente padece también de anomalías oculares, sobretodo estrabismo, o deficiencias en los nervios craneales y lesiones en el cortex cerebral, el tallo cerebral o el cerebelo (Zeiner, Prigatano y Pollay, 1985).

En lo respecta a desórdenes psiquiátricos, en 1981 un estudio australiano reportó que de cada cuatro niños que nacían con hidrocefalia uno tenía grandes riesgos de padecer algún tipo de desorden psiquiátrico (Connell y McConnell, 1981). En este mismo estudio que comprendió 43 niños, se encontró que 28 acudían a escuelas normales, 4 eran atendidos en escuelas especiales y 11 no acudían a ningún tipo de escuela. En una tercera parte de los niños se detectó algún tipo de desorden psiquiátrico y en 4 de estos había severos problemas. Esto es, del grupo de niños, 9 mostraron un desarrollo neurótico, 3 tenían marcados problemas de sociabilización y 2 tenían una mezcla de desórdenes psiquiátricos. El desarrollo de esta serie de desórdenes fue atribuida a las actitudes de los padres con respecto de los niños, esto es, a la dificultad de los padres para comprender, aceptar y manejar las complicaciones neurológicas de sus hijos. Al comparar al grupo de niños con desórdenes con el grupo sin éstos, no se encontró algún tipo de disfunción valvular, o diferencia en el nivel intelectual o físico, por lo que los desórdenes fueron atribuidos a la atmósfera familiar y a la actitud de los padres. Ya que los padres de este grupo de niños mostraron tener dificultades en aceptar y manejar las restricciones impuestas al niño por la enfermedad.

Dentro de esta misma línea de pensamiento, O'Brien Mark S. y Harris Mark E. (*op. cit.*) indican que la gran mayoría de los padecimientos psiquiátricos (o psicológicos) encontrados en niños con hidrocefalia se han tratado de neurosis con un relativo buen pronóstico, así mismo se ha encontrado que una alta incidencia de problemas psicológicos se deben a problemas familiares, por lo que la terapia de familia resulta ser la mejor opción para hacer la dinámica familiar más funcional y que el niño pueda desarrollarse de la mejor forma, sin embargo, no se han estudiado, hasta ahora, las repercusiones de la hidrocefalia congénita en las interacciones precoces, y los posibles efectos de estas sobre la constitución psíquica y el futuro del sujeto que la padece.

La escuela y el aspecto laboral representan un problema para todo aquél que tiene una deficiencia mental. De esta situación no se encuentran exentos los pacientes con hidrocefalia congénita que hayan tenido como secuela la deficiencia mental o un retraso psico-motor; sin embargo, con los avances de la medicina y con las intervenciones quirúrgicas cada vez más oportunas, las secuelas de la enfermedad han disminuido considerablemente.

Occhipinti, en 1981, reportó que de 108 pacientes que fueron operados entre 1957 y 1965, dos terceras partes no tuvieron problemas para integrarse a la sociedad, más de la mitad asistían a la preparatoria y el resto trabajaba en oficios. Al ser evaluados, el 73% de los pacientes mostraron un C.I. normal, y el resto mostró un anormal desarrollo neurológico. Los estudios recientes nos demuestran que los pacientes que no tienen un marcado daño neurológico, intelectual, o una epilepsia severa, pueden desarrollar trabajos normales. Weissenfels y Hemmer (1981) reportaron que un 40% de los niños que estudiaron con hidrocefalia y espina bífida atendidos con educación especial, así como un 55% de niños con hidrocefalia, completaron sus estudios en escuelas especiales, sus principales ocupaciones eran: negocios (40%); trabajos técnicos (40%); labores manuales (17%), y sólo uno alcanzó a realizar estudios en la universidad.

Por su parte Kokkonen y cols. (*op. cit.*) en el estudio que mencionamos anteriormente, (que constó de 40 pacientes) reportaron que 26 completaron la escuela elemental, 6 estaban cursando o habían terminado la preparatoria, 21 probablemente ingresarían a realizar estudios técnicos y 4 estaban trabajando. Por lo que concluyeron que aproximadamente el 60% completaría la preparatoria o una carrera técnica y comenzaría a trabajar.

En lo que se refiere a las relaciones sociales, encontraron que en general no creaban amistades estrechas, además encontraron que un alto índice padecía de una autoestima sumamente baja, los investigadores atribuyeron estos desórdenes psicológicos al clima emocional-familiar en que se desarrollaron, considerando que la hidrocefalia como tal, no tenía influencia directa sobre esta conducta. Finalmente, consideraron que esta serie de problemas serían resueltos si se les capacitara para ser independientes, por lo que el apoyo psicológico debería de realizarse en los padres desde que el paciente es bebé, para que se les permita individualizarse e irse haciendo independientes, y no se les sobre proteja.

## CAPÍTULO 4. LA INVESTIGACIÓN Y LAS INTERACCIONES PRECOCES, EL OBSERVADOR PSICOANALISTA Y LA MADRE OBSERVADA.

A lo largo del presente capítulo, revisaremos la propuesta psicoanalítica, en su sentido metodológico, del abordaje y estudio de las interacciones precoces, donde se consideran tanto las características de las herramientas a emplear, como los mecanismos psíquicos despertados por la investigación, tanto en la diada, como en el mismo investigador psicoanalista.

### 4.1 *La Investigación de las interacciones precoces mediante el método Psicoanalítico (antecedentes).*

A lo largo de las últimas décadas, el bebé ha surgido como protagonista de múltiples estudios dirigidos desde muy diversas áreas del conocimiento, entre las que podemos encontrar al psicoanálisis, pero para esta disciplina, las cosas no resultan ser tan fáciles, ya que su desarrollo y metodología se han generado a partir del estudio del pasado de adultos, esto es, regresar en el tiempo lo más posible, hasta la infancia, a partir del discurso de un sujeto que ha dejado de ser niño y más aun, lactante, desde hace muchos años ya, con el fin de reconstruir eventos que se encuentran inconscientes.

Es así como la teoría y el método del que se vale un psicoanalista están basados en la reconstrucción de hechos pasados, situación por la cual se enfrenta a un gran desafío, ya que al trabajar con lactantes mediante la observación directa de sus conductas, su mirada (que en el pasado era escucha), contienen un gran número de presupuestos, de los cuales ninguno es evidente, la tentativa de hacer concordar al bebé de la realidad, con el bebé mítico construido a partir del pasado por el psicoanálisis, es una tarea ardua que pone en tela de juicio todos los postulados planteados por esta disciplina, al respecto, Kreisler (1983) se pregunta: “¿En qué medida la observación directa de un niño que todavía carece de lenguaje puede ilustrarnos sobre su psiquismo?”. Esta pregunta resulta de gran relevancia ya que se sitúa al centro de innumerables controversias dirigidas desde el mismo Psicoanálisis y desde más allá de sus propias fronteras, pero quizás la solución sea reorientar el planteamiento original al siguiente: *Se trata de obtener un mejor conocimiento del niño a través del psicoanálisis, y no del psicoanálisis a través del niño\**.

Los estudios realizados desde el psicoanálisis encuentran su metodología a partir de los instrumentos generados en la etología, pero a diferencia de esta última que sólo se enfoca a explorar y describir conductas interactivas visibles que se limitan al aspecto conductual, el Psicoanálisis trata de ir más allá de los fenómenos de la interacción concreta, visible y observable, *interacción real, si se prefiere*, y dirigir sus esfuerzos al descubrimiento y análisis de la *interacción fantasmática*. Cramer (1982), señala que “El *holding* de Winnicott ilustra cabalmente esta doble figura transaccional. Esto es, por una parte se centra en el valor fantasmático al describir el funcionamiento psíquico de la madre, y por otra se refiere a la interacción (real) realizada en el cuerpo a cuerpo madre-recién nacido. Y es precisamente esta inscripción carnal, perceptiva y motriz de la relación objeto fantasmática lo que este tipo de estudio permite abordar”.

---

\* La cursiva es mía.

El psicoanálisis aporta al estudio de las interacciones precoces la dialéctica interactiva que se enfoca a la reducción de la brecha abierta entre la conducta y la elaboración mental de la conducta. El objetivo de la observación psicoanalítica se dirige al análisis, reabordando en la globalidad de una sola y misma percepción, los síntomas del niño y las modalidades del funcionamiento mental que éste presenta; a la madre (incluyendo en ésta al estatuto paterno); los fenómenos de la interacción, que distinguen la relación de la diada en sus orígenes, el medio familiar y la economía de su funcionamiento. La observación misma resulta ser interactiva, atenta a los fenómenos que circulan, durante el desarrollo mismo de la investigación, en la realidad triangular madre-recién nacido-observador, (Lebovici 1988).

Es así como el psicoanálisis aborda el problema de las interacciones precoces a partir de uno de sus postulados más importantes, es decir: *la Metapsicología*, de tal suerte que los aspectos económico, dinámico y tópico, son empleados para pensar la interacción, sin descuidar por esto el factor cuantitativo de los fenómenos, ya que éste aporta una dimensión esencial teórica y práctica a la vez, puesto que justamente es dicho elemento cuantitativo el que se expresa durante una sobrecarga o por el contrario una carencia de excitación, lo que propicia el origen de una dinámica conflictual.

Es decir, el exceso de excitación que desborda la protección antiestímulo y sus diversos dispositivos, generando en el recién nacido los trastornos funcionales más comunes como son: el cólico del primer trimestre, el síndrome de los gritos paroxísticos, algunos insomnios o ciertas anorexias. Mientras que en sentido opuesto, encontramos que la ausencia de estimulación produce en el bebé frustraciones crónicas e interacciones en blanco, es decir, la patología del vacío, que es la más agresiva, ya que es génesis de los trastornos funcionales de alto riesgo que se mantienen dentro de un circuito repetitivo mortífero (insomnio y anorexia primarios graves, vómitos psicógenos, mericismos) así como la *depresión blanca*, productora de diversos trastornos, capaces de afectar todos los aparatos del funcionamiento somático. Así como el compromiso generado por la falta de estimulación primaria en el desarrollo del sistema nervioso central, que durante este periodo es sumamente sensible a la carencia de dicha interacción.

Kreisler (1981), indica que la depresión primaria es la más visible escenificación del fracaso de la pulsión de vida, es decir, las desorganizaciones infantiles letales nos sitúan justo frente a la pulsión de muerte, punto central de la psicopatología precoz, ya que como lo señala Marty (1963), “los nexos entre los movimientos individuales de vida y muerte sientan las bases de la economía psicosomática en la globalidad de una dualidad pulsional fundamental. La pulsión de vida sostiene a las fuerzas constructivas en un trabajo de ligazón y síntesis. La pulsión de muerte incita a la desorganización, a la repetición, al fraccionamiento”. Kreisler (*op. cit.*) destaca que una importante originalidad de los movimientos psicosomáticos –los de mayor elaboración dentro del psicoanálisis– consisten en atribuir a la economía del funcionamiento psíquico lo esencial de las cualidades defensivas frente a la desorganización corporal. A la edad que sea, un firme funcionamiento del aparato psíquico constituye lo primordial de las defensas que se oponen a la desorganización psicosomática.

Para el caso del recién nacido, en que la organización mental permanece inconclusa, la correspondiente instancia defensiva está constituida por el universo de los cuidados

maternos. La economía de la interacción madre-bebé provee, apunta y regula la economía mental y somática del bebé. Es así como el cuerpo erógeno del bebé, significativo del movimiento pulsional que tiene al cuerpo biológico por objeto; el apuntalamiento pulsional, la seducción primaria.

Y como comentamos en capítulos anteriores y el mismo Kreisler (*op. cit.*), señala. “la permeabilidad indica la fluidez de la adaptación mutua, sus infinitas evoluciones, la adecuación de las respuestas reciprocas. La estabilidad define la coherencia, necesaria para la reunión de los fragmentos todavía dispersos en el fraccionamiento del *mosaico primitivo*. En una fase posterior, al segundo semestre, constructiva de la relación objetal por internalización de la imago materna, lo básico del funcionamiento económico se encuentra en la distribución, por una parte, entre las investiduras autoeróticas y narcisistas; y por otra, las objetales. Estos datos nos remiten al análisis de los orígenes del funcionamiento del aparato psíquico, y a la génesis de las fusiones de representación que se operan dentro de este mismo aparato, y finalmente a los nexos de estas mismas funciones de representación con la función simbólica. De esta forma, el cuerpo biológico del bebé, espacio donde se emplaza el deseo, fantasmas y significantes, parentales pasa a ser un cuerpo libidinal, donde el *si mismo* del bebé precede al *yo*: dado que él no habla, nosotros lo hablamos. Señala Gutton (1988), esto es para nuestro trabajo, lo que el inconsciente es para el psicoanalista de adultos.

Siendo el psicoanálisis una teoría sumamente amplia, nos concentraremos únicamente en tocar sólo uno de los puntos que, a nuestro criterio, es el que más interesa al tipo de estudio que estamos realizando. Este punto tiene que ver con lo que se entiende por causalidad, ya que ésta es justamente la que determina el tipo de relación que sostienen ambas partes de la diada.

En la teoría psicoanalítica, la causalidad dista mucho de organizarse únicamente en torno a una sucesión temporal. Ningún psicoanalista pensaría que B sólo se produce porque A se produjo<sup>1</sup>. Considerará el trabajo de represión; descubrirá que éste recae sobre la representación del suceso A y no sobre el afecto que le acompañó, ya que este afecto se ha desplazado sobre otra representación. De esta manera, el intento de asignar un sentido supone un desplazamiento, así como una modificación del juego de investiduras y contrainvestiduras de las representaciones. Al respecto, Brusset (1988) comenta que en el campo de la psicopatología infantil resulta imposible adoptar un modelo de causalidad lineal simple, como lo podemos observar claramente en los problemas planteados por los “síndromes de carencia precoz”, y a propósito de la patología traumática en general.

<sup>1</sup> En este punto podemos recordar el trabajo de Freud, donde la idea de temporalización requiere tomar en cuenta el trabajo del tiempo, cuya obra sólo se manifiesta en la posterioridad [après-coup] que confiere otro sentido a lo revivido, se trate de un evento, una conducta, un afecto, una fantasía o un pensamiento.

La teoría de la posterioridad debe de ser relacionada con el texto de la *primera mentira o los proton pseudos*. Esta es la historia, de una joven que no podía entrar en las tiendas por que creía que los empleados se burlaban de ella. El análisis con Freud mostró que cierto día, siendo niña, fue a comprar bombones y el vendedor, riendo, le tocó los genitales. Aunque ese evento no le produjo en ese momento la menor excitación, pasó que después, con el desarrollo de la pubertad, la vergüenza de la excitación sexual otorgó un sentido a las caricias no sentidas y no significativas que recibió al ser niña. El tiempo del desarrollo otorgó sentido a un evento sucedido años atrás: el “haciéndose” interactivo se había organizado durante la edad adulta en forma de un comportamiento fóbico.

Es importante destacar que aunque se trate de un factor etiológico que puede ser objetivado y precisado en su duración, en su tipo (de la misma forma que pueden ser objetivadas las condiciones de aparición y las reacciones del niño en ese momento) entran en juego numerosas variables y, más allá de la edad del niño y las características de su estado mental y de su desarrollo en el instante del nacimiento, intervienen factores constitucionales que han sido descritos como de mayor o menor vulnerabilidad, como son, la calidad del grado de interacción biológica y psicológica y los tipos de respuestas preferenciales, por ejemplo, excitación o inhibición.

Para terminar, podemos afirmar que, la perspectiva psicoanalítica “reconstruye el camino que va desde la absoluta dependencia de los cuidados maternos, desde el desvalimiento inicial *helplessness*, hasta una relativa autonomía respecto de los objetos externos. La teoría psicoanalítica ha sido elaborada enteramente para describir ese movimiento de pensamiento, que es la negación de la *no-vida* psíquica, es decir, de esa situación hipotética en que existía una perfecta unidad entre el recién nacido y los cuidados maternos. Al hablar de transacción en los primeros momentos de la relación objetal, los psicoanalistas admitían implícitamente que la teoría de la dependencia inicial se debía asociar con una teoría de la *espiral transaccional* en que madre y bebé se influyen recíprocamente” (Lebovici, 1983), organizándose en tiempo y espacio para dar lugar a particularidades estructurales del funcionamiento psíquico del bebé y de la madre.

#### **4.2 La entrevista con la madre y la anamnesis de corte psicoanalítico.**

El significado etimológico de Anamnesis es *vuelta al pasado*, por lo que tradicionalmente se le ha empleado dentro de las ciencias médicas como la investigación de los antecedentes y las causas. Por tal motivo, mientras que en medicina, la recolección de datos se encuentra en función de precisar los datos verificables de todos aquellos eventos o factores etiológicos, patológicos y hereditarios relacionados y posibles precursores de la enfermedad<sup>2</sup>, donde los datos y apreciaciones subjetivas son vistas como obstáculos, por el contrario, en la anamnesis de carácter psicoanalítico, estos obstáculos se consideran como esenciales en lo que se va a oír, dentro de las dimensiones conscientes e inconscientes, actuales y pasadas, debido al privilegiado lugar que el psicoanálisis otorga a los conflictos, las fantasías y los fantasmas inconscientes al interior de las interacciones precoces, consideradas como factores fundamentales del desarrollo del bebé, gracias al lugar otorgado a la sexualidad infantil, al conflicto edípico y a las innovadoras perspectivas aportadas por los modelos genéticos a la teoría del desarrollo, (Brusset, 1988). Con esto no pretendemos decir que la rememoración está dedicada a encontrar el pasado en una

<sup>2</sup> De esta forma, la técnica del interrogatorio intenta mantener el relato del paciente o de su familia como elemento objetivo, empleando otras confirmaciones por vía directa o indirecta para confirmar este relato. Se trata de *atrapar* los recuerdos, al igual que se acorralan los síntomas, induciendo al sujeto a una creciente precisión. Este tipo de interrogatorio lleva a considerar a los elementos subjetivos como verdaderos parásitos que contaminan la rememoración de los eventos.

Resultan evidentes las complicaciones de este método para nuestros fines, ya que en muchos casos un grupo homogéneo, en lo que se refiere a factores patógenos objetivos, es heterogéneo en cuanto a los efectos observados; y por otra parte, y en sentido opuesto, mientras que un grupo es homogéneo en cuanto a los efectos observables es heterogéneo en cuanto a los factores patógenos.

investigación perfeccionista, sino que se admite desde el inicio como una reconstrucción a partir de datos, tanto objetivos como subjetivos del pasado vivido. Esta reconstrucción se realiza a partir del relato de los padres, el cual se encuentra en función de sus propias elaboraciones. En efecto, ellos no son ni espectadores ni testigos más o menos implicados; en realidad son parte integral de los conflictos decisivos en la organización mental del niño. Su implicación personal, resulta un verdadero obstáculo en la anamnesis pretendida como objetiva.

Brusset (*op.cit.*) comenta que, en este tipo de investigación, la dinámica inconsciente al interior de las relaciones madre-lactante ocupa un lugar preponderante, pero esto sólo resulta posible a partir de la atención prestada a la dinámica misma de la entrevista anamnésica de corte psicoanalítico. Este tipo de investigación supone la puesta en juego de la dinámica personal de la madre en su relación con el bebé, y entre ellos mismos y el investigador. Toda esta gama de datos están en relación con las modalidades y la razón de la demanda, en sus implicaciones inconscientes que en muchas ocasiones adquieren carácter de transferenciales. De esta forma, el pasado se reconstruye en función de la relación con el investigador. Pero esta reconstrucción es, en sí misma, significativa para la organización, o más bien, reorganización mental de la madre, y de su relación tanto pasada como actual con el bebé. "En el fondo, la evocación del pasado no es más que un medio para comprender el presente; permite un cierto retroceso, y con ello facilita la expresión de los conflictos" (*ibid.*).

Dado que la entrevista no está centrada del todo en la madre, que es quien habla, sino que comparte los créditos con el bebé, la evocación del pasado deja filtrar más fácilmente las implicaciones inconscientes, como si los mecanismos de represión se encontraran debilitados. Sin embargo, al ser la enfermedad de que tratamos de carácter congénito, la madre se ve profundamente implicada, por lo que tanto la producción inconsciente como la represión adquieren características especiales. En lo que se refiere a la represión, podemos pensar que en algunas áreas se debilita mientras que en otras se fortalece, así mismo a lo largo de las entrevistas, tiene fluctuaciones de mayor y menor intensidad. Puesto que la percepción que la madre tiene de su bebé se encuentra en función de sus propias proyecciones, así como de las respuestas que éste le aporta.

La anamnesis asociativa descrita por Deutsch (1939), se realiza dentro del marco de una entrevista de tipo psicoanalítico centrada en la historia del niño y de su familia a través de la subjetividad de su madre. Implica condiciones favorables de tiempo, lugar, formación y disponibilidad personal del investigador. Éste último deja la iniciativa a la madre, estimula sus digresiones, manifiesta su interés y su atención manteniendo una actitud de neutralidad decodificando las diversas expresiones del inconsciente, pero también debe de estar sumamente atento a su propia implicación: es decir, a los productos de la contratransferencia. Esta serie de modalidades y expresiones del inconsciente permiten elaborar una reconstrucción claramente hipotética pero fundamental de la hipótesis que permite interpretar lo que se está observando, y en un caso terapéutico, afinar el diagnóstico, y ubicar mejor las líneas de abordaje del tratamiento.

Brusset (*op. cit.*) señala que la entrevista planteada de esta forma, corre el riesgo de confundirse con una entrevista de carácter netamente psicoanalítico dentro de un tratamiento o previa a éste, lo que supondría una continuidad del tratamiento así como hacerse cargo de la madre, por lo que es importante tener esto en cuenta dentro de nuestra investigación y no perder de vista la especificidad de la anamnesis en psicología pediátrica. La demanda de consulta para el bebé aparece, por otra parte, como un fracaso de los padres, para los mismos padres, por lo que la desconfianza y la culpabilidad son en ocasiones tan grandes que resulta preferible contentarse con una anamnesis reducida para ser completada en futuras entrevistas. Así mismo, debemos de tener gran cuidado de centrar la investigación exclusivamente en la expresión de los deseos inconscientes y conscientes (hijo fantasmático e imaginario) de la madre, considerándolos como únicos determinantes del desarrollo, como hemos señalado en capítulos anteriores, resulta de gran importancia considerar lo que el bebé está determinando con sus respuestas y demandas a las actitudes y cuidados maternos.

#### ***4.3 Observación de la interacción madre-lactante.***

Lebovici (*op. cit.*) indica que la ventaja de contar con un instrumento de evaluación o medida de la interacción madre-lactante se entiende desde un punto de vista evolutivo, metodológico, diagnóstico y terapéutico. En lo que se refiere al orden evolutivo y madurativo del vínculo interactivo, el lograr realizar una evaluación cuantitativa o semicuantitativa, permitiría contestar a diversas preguntas, donde los eventos a registrar se enfocan a la alimentación, (cantidad de alimento, tiempo que lleva la alimentación, contacto ojo a ojo, acoplamiento de la madre y del niño durante la alimentación) a los periodos de interacción activa, contactos y caricias, cantidad de palabras referidas por la madre y las respuestas del bebé, la capacidad de la madre de acoplarse a las necesidades del niño y de entender sus mensajes y a los periodos de sueño y vigilia del niño, y dentro de éstos últimos la disposición que tenga para la interacción.

Con lo que respecta al aspecto metodológico, encontramos que en el terreno de las interacciones que es comparable al de la lingüística, ya que comprende el intercambio de signos no verbales, preverbales y verbales; la búsqueda se realiza en torno a las dimensiones afectiva y fantasmática, es decir las significaciones más profundas e importantes del diálogo madre-lactante, es decir la calidad del grado de interacción biológica y psicológica y los tipos de respuestas preferenciales, por ejemplo, excitación o inhibición.

Pasando al aspecto diagnóstico, encontramos que se advierte con mayor claridad que la interacción madre-bebé constituye por sí misma un reflejo del estado del desarrollo psicoafectivo del bebé, de los obstáculos, avances y perturbaciones patológicas de ese mismo desarrollo, ya que mientras la interacción muestre un crecimiento en su calidad, complejidad y cantidad, será signo del aumento en las capacidades del niño, entre ellas el de su desarrollo psicoafectivo.

Finalmente, en el sentido terapéutico, deseáramos que se alcanzaran a estimar los efectos de nuestra intervención, tanto su utilidad como su eventual nocividad o inoperancia. Lebovici agrega que desde hace muchos años se encuentran en práctica, por ejemplo, en

E.U., y en Europa, grandes y costosos programas psiquiátricos en materia de atención y prevención dirigidos a lactantes, y resulta importantísimo conocer si todos esos esfuerzos resultan realmente eficaces. De ahí el interés de generar criterios de evaluación de la interacción madre-lactante.

Es así como encontramos que las vinculaciones entre los comportamientos de la madre hacia el lactante, encuadran en las tres siguientes categorías:

- a. La conducta de la madre puede referirse a la conducta del bebé de un modo tal que un observador tendría la impresión de que la madre responde directamente a las señales de bebé, es decir a las necesidades y deseos de éste. Así mismo, en este tipo vínculo se pueden observar las respuestas del bebé a los mensajes de la madre, creando con esto una armonía en el sistema que forman.
- b. La conducta de la madre parece no tener en cuenta las señales emitidas por el bebé. Todo pasa como si para ella pasaran desapercibidos las señales de su hijo. De la misma manera encontramos la misma indiferencia por parte del lactante con respecto a las señales que le dirige su madre.
- c. La conducta de la madre sí se corresponde con las señales del bebé, sin embargo, para un observador, estas conductas parecerían ser contrarias o inconexas o divergentes a las necesidades y deseos expresados en el mensaje del bebé.

Cabe señalar, que esta serie de comportamientos se estudian recíprocamente respecto de los comportamientos que manifiesta el bebé, en respuesta a los mensajes y conductas de la madre.

#### ***4.4 El observador y la madre, fantasmas despertados por la observación.***

La madre puede ser vista en los servicios hospitalarios de parto, de pediatría, en ámbitos especializados de observación, o si no en su casa, por pediatras, médicos de otras especialidades, psicólogos, trabajadores sociales, puericultores y psiquiatras. En esta serie de investigaciones, lo visto se enriquece y profundiza mediante el diálogo con la madre, quien se refiere mediante su discurso y su *actuar* sobre el bebé, a su propio comportamiento, sus anticipaciones, y a su vida fantasmática.

Importantes observaciones se han realizado al señalar el contraste que existe entre el hijo imaginario, que sería el del embarazo, y el de la realidad, que es el que la madre tiene en los brazos. No cabe duda de que esta diferenciación es importante, aunque no alcance más que para ampliar la posibilidad de comprender la aflicción inicial y la ambivalencia<sup>3</sup> de las jóvenes madres. De esta forma, es posible a través de la óptica psicoanalítica, ver que se producen simultáneamente en la madre, el hijo fantasmático, el hijo imaginario, y el de la realidad. La referencia al mismo psicoanálisis exige que no se contrapongan estos distintos tipos de bebé, sino que por el contrario, se logre que la madre describa y elabore aquello

<sup>3</sup> "Oponiéndose a Freud, quien pensaba que el amor de la madre por su hijo estaba desprovisto de ambivalencia. Winnicott dice todavía algo más: <<Que el bebé es cruel, y sin embargo ella debe de sentir amor "por él, por sus excrementos, por todo ...">>. Así, esta madre normalmente dedicada es una (good enough mother) madre suficientemente buena, o como lo aclara McDougall (1982) al señalarnos un error de traducción, "madre relativamente buena" (Lebovici, *op. cit.*).

que los une. Esta triple dimensión del lactante, observada a partir de la visión deformada que nos ofrece el discurso y actuar materno, da preponderancia a aquello que la misma madre permea de su vida fantasmática mediante sus descripciones y asociaciones.

Por otra parte, al observar el desarrollo y dinámica de las interacciones precoces, siempre se privilegian ciertas situaciones más o menos estandarizadas, como son la alimentación, el cambio de pañales, el baño, y otros cuidados de carácter básico. De esta forma pueden describirse pautas de comportamiento materno. Sin embargo, junto con Lebovici (*op. cit.*), consideramos que resulta preferible la observación de secuencias de comportamiento libre dentro de la relación que se establece entre la madre y su bebé.

Nos queda todavía por considerar la presencia del observador que hace identificaciones con ambos protagonistas, el observador puede identificarse, así mismo, parcialmente con ambos protagonistas, e incluir posteriormente, y en forma diferenciada éstas vivencias en el análisis de las observaciones. (Lebovici, 1980)

Lebovici (*op. cit.*) considera que es lícito afirmar que las interacciones fantasmáticas dan origen a una situación en la que el psicoanalista alcanza a desprenderse de su movimiento identificatorio mediante el empleo de la vinculación que se establece en su sistema preconsciente con aquello que se representa de los eventos, es decir, lo que pasa entre la madre y su bebé, para emplear sus representaciones de palabras almacenadas. Con ello contribuye a dar sentido al comportamiento que está observando, así como a enunciarlo, a revelar su contenido. “Todo ocurre como si hablase al preconsciente de la madre y a lo que va a enlazarse en el bebé entre el *sistema primario* y el *sistema secundario*. El espectáculo que se despliega en la mente del analista que *se histeriza*<sup>4</sup> conduce al *insight*<sup>5</sup>” (Lebovici, 1983).

Lo que permite al psicoanalista-investigador, después de realizar el análisis e interpretación de los eventos que presencia, proponer en un segundo momento, en el de la asistencia terapéutica, afirmar: “por mi parte yo digo ... (en nombre de ustedes, a ustedes dos). En función de alcanzar a tomar una distancia, la remisión al “por mi parte, yo” permite lanzar una cruda luz sobre lo que ocurre entre bambalinas mientras los actores “la madre y su bebé” piensan que sólo son observados en el escenario sobre el cual se muestran. Así, llegamos a la conclusión tanto para los fines terapéuticos como para los que competen a nuestra investigación, que no implica mayor importancia el hecho de si tiene más relevancia la relación de objeto y los fantasmas que contribuyen a elaborar, o la acción descargada o fatasmática. *El haciéndose* es representado, dicho y propuesto para una elaboración interpretativa que se espera esté dotada de cierto poder de mutación.

La interpretación está enfocada tanto a la madre como al lactante. Sus efectos son posibles gracias a que intervienen dentro de una relación afectiva tensa. Pero cuando el bebé es muy

<sup>4</sup> Con el término “histerización” denominamos un proceso que surge en el psicoanalista cuando su capacidad de identificación anula o atenúa la secundarización de su pensamiento, proceso que le proporciona un poder de intuición cuya validez él percibe plenamente (Lebovici *op. cit.*).

<sup>5</sup> “*Insight*” es el término que recibe el estado consistente en tomar consciencia, es decir, la capacidad de adquirir una visión en perspectiva de los fenómenos psíquicos y del interior de estos. En el psicoanalista, es el estado que pone término al proceso de “histerización”.

pequeño, la interpretación básicamente está dirigida a aquello que estructura y organiza la repetición de las conductas de la madre. Cuando lenguaje y acciones implican en el lactante equivalencias simbólicas, entonces la interpretación recae también sobre los fantasmas rudimentarios o *protofantasmas* dominados por los procesos primarios. El entendimiento que alcance el psicoanalista de estas interacciones fantasmáticas, puede sobrevenir en momentos privilegiados, en que se observa el comportamiento de la madre, lo que ésta dice, y las reacciones inesperadas, sorprendidas y paradójicas que se producen en el bebé. Así mismo, la madre también puede hablar recordando su pasado, su biografía, los conflictos que se presentaron y determinaron ese desarrollo, y finalmente proporcionar una idea de su funcionamiento mental y su vida fantasmática.

Para terminar, podemos afirmar que las variaciones de las interacciones madre-lactante introducen interpretaciones en las que el observador se identifica con la madre que a su vez se identifica con su bebé. Las metáforas del observador se corresponden ampliamente con las anticipaciones maternas, entrando en resonancia con éstas. El hecho de que no exista otra formulación de lenguaje practicable nos proporciona un acceso directo a construcciones que podemos pensar en nombre de las madres o proponerles. Lebovici indica que renunciar a esta vía metaforizante implicaría limitarse a microobservaciones de interacciones conductuales; no podemos negar que éstas resultan ser sumamente interesantes, y arrojan luz sobre las bases etológicas de la conducta humana. Pero desde nuestra perspectiva, no nos conformamos sólo con esta visión, sino que pretendemos ir más allá, al origen y sustento de dichas conductas, al pensamiento y al fantasma, que así mismo conlleva sus determinaciones inconscientes.

Por otra parte, resulta evidente que la estrategia que se plantea para la observación de la relación madre-lactante, toma una distancia considerable del común de las estrategias empleadas por la mayoría de las disciplinas de corte social, así mismo mantiene un significativo alejamiento del rigor planteado por el psicoanálisis tradicional. Dentro de este orden de ideas, consideramos que las aportaciones de Kestenberg (1988) arrojan una interesante propuesta en este tema, por lo que será quien guíe nuestros pasos a lo largo de este apartado. Ella señala que en lo que respecta a las estrategias, para realizar las observaciones de las interacciones precoces, estas utilizan la teoría psicoanalítica como hipótesis de partida, sin que intervengan directamente en el procedimiento de observación, salvo para la coherencia interna de la que el observador dispone implícitamente. La *barandilla* psicoanalítica a la que se sujeta, quizás sesga su observación, por ejemplo, al sentirse seducido o interesado por una u otra secuencia de interacciones, que para él tendrán sentido. Sin embargo, es difícil pensar en una ciencia o ubicación del observador, cualquiera que sea su formación o punto de referencia, que pueda escapar al puntualismo de los detalles dispersos que opacan, por su intensidad la totalidad de la figura.

Considera que lo que el Psicoanálisis ha aportado a los observadores, es la posibilidad de una atención detenida, de matices muy finos en los comportamientos implícitos o explícitos, verbalizados o infraverbalizados, además de encontrar dimensiones comunes en conductas diferentes que arrojan luz a la clarificación de un cierto número de puntos particularmente significativos. Además, nos recuerda que cualquiera de los comportamientos observados son un compromiso complejo, sutil –incluso si no lo aparenta–, destinado a ser expresión de un conflicto psíquico.

La observación directa nos permite afinar nuestra percepción de los elementos paraverbales, dentro de situaciones en las que sólo uno de los dos protagonistas (la madre) puede hablar. Esta es una manera privilegiada de dar *palabras* al lactante. Por medio de la perspectiva psicoanalítica de observación de las interacciones precoces, podemos ubicar cómo a través de la repetición continua de ciertas conductas, la madre, puede poner obstáculos a las producciones fantasmáticas del bebé y, por lo tanto, las modulaciones *exógenas* que proponen la organización de los conflictos psíquicos, cuando estos modos son particularmente masivos, el valor traumático que implican, por el hecho de que impiden la posibilidad de flexibilidad en la organización de los compromisos psíquicos del lactante, exigiendo una considerable cantidad de energía para hacer frente a esta excitación, de tal forma que el aparato psíquico (que en este momento está en formación), queda *embargado* en su funcionamiento, en su despliegue o incluso, interiormente empobrecido para el empleo de sus propios recursos. En tales situaciones, la madre, lejos de ser *portadora* de elementos que favorezcan la constitución de medios internos de asimilación y organización de estímulos, promueve un desbordamiento pulsional difícilmente *canalizable* en el que el incipiente *yo* del niño se desgasta. De todo esto resulta obvio el peso que, sobre el destino de la constitución de las identificaciones, tiene todo este proceso.

En otro sentido, cabe señalar el impacto doloroso e incluso desorganizante que tiene para algunas madres la presencia del psicólogo o psiquiatra. Pero si consideramos la influencia de la ambivalencia en todo evento psicológico, también podemos pensar que existe una cierta gratificación por dicha presencia. Se ha hablado mucho del *niño síntoma*, pero aquí se nos puede estar presentando un *niño estandarte*, que al mismo tiempo provoca dolor y gratifica el narcisismo de los padres, ya que pasan a ser el centro de atención. Sea cual fuere el trato del psicoanalista que realiza la observación, en un primer contacto la madre se siente profundamente cuestionada, herida y acusada, desde el momento en que su hijo tiene necesidad de hospitalización y cirugías. En ocasiones, llega a pensar y a sentir que la salida es una maniobra defensiva espontánea, explicando que ella no es mala, en otras se asume como tal y se convierte en su mayor verdugo. No importa cuál sea el sentido en que se oriente y se invierta la proyección; está claro que se sitúa en el ámbito de lo malo o la maldad. Cabe aclarar que tal constelación no se encuentra inscrita en la intención del observador.

Kestenberg (*op. cit.*) indica que los padres, al contribuir a la *enseñanza* del observador, a su enriquecimiento, pasan a una posición de *buenos*, no sólo a causa de los cuidados especiales que le están procurando al hijo, sino también por la enseñanza dada al observador, que se transforma (inconscientemente para los padres), en un hijo al que se le enseña. Este papel de infantilización al que se destina al observador, no solamente hace posible la experiencia, sino que ha mostrado cómo, incluso para los padres más desprovistos, una reparación narcisista tiene valor de verdadera *movilización* libidinal, modificando, aunque sea de manera temporal, la economía de la relación de los padres con el observador por una parte, y la relación entre los padres y el bebé por otra. De esta forma, el bebé pasa a ser un objeto bueno que permite a los padres ser ellos mismos y encontrarse en situación de superioridad con respecto al observador que, por su condición misma de dependencia, es menos amenazante y por lo tanto mejor, además de que puede *absorber* o ser lugar de proyecciones *malvadas* de las que el niño suele ser soporte.

De esta forma, la inversión de afectos negativos en positivos, es decir, la intensidad de la ambivalencia proyectada sobre el observador con frecuencia observable a través de las diversas acogidas. En cualquier caso, la gratificación narcisista es suficiente para asegurar un desarrollo feliz de la observación y una efectiva vinculación con el lugar que ocupa el observador. Estas reflexiones nos conducen al planteamiento de la importante cuestión del impacto mismo del *dejarse ver*, sobre los padres, en la perspectiva voyeurismo/exhibicionismo, así como en el caso del observador estar alerta ante la aparición de un exhibicionismo cuyo poder de excitación implicaría no sólo un importante índice de distorsión del estudio, sino también, un peligro real psíquico para las familias observadas, lo que en otro ámbito plantearía los riesgos relacionados con el intruso.

La autora señala que su experiencia no es suficiente, ni en número ni en tiempo, para poder afirmar categóricamente que tal peligro no existe. Lo que puede decir es que, en los límites de su experiencia, no se ha presentado. Esta serie de reflexiones la han conducido, a intentar estructurar mejor la función del tercero, a la vez aceptado y no integrado, presente y “juizado-no juzgado” (renunciando el ser juez, a pesar de que desde la madre es percibido como una mirada crítica). Por estos motivos considera que el observador adquiere una doble dimensión para la madre, por una parte es el “otro hijo a ser formado” y por otra se le hace depositario de investiduras con referencia al *ideal del yo*, pasando a ser un padre (o madre) *ideal*.

Ahora bien, si las conductas del observador vienen a contrarrestar la idealización y la imagen *prefigurada* que de él se hace la madre, puede llegar a convertirse en una *espina irritativa* constante, que lesiona su equilibrio, despertando de forma imprevista, imagos y fantasmas que obstaculizan la investigación y en casos críticos repercuten desfavorablemente en las interacciones madre-lactante. Sin embargo, la presencia del observador, también puede, en forma opuesta, *aliviar* conflictos y aportar una seguridad narcisista a la madre.

Habiendo revisado las características del psicoanálisis como instrumentos de investigación en su sentido metodológico, podemos dar paso al caso específico de nuestro estudio, por lo que comenzaremos por describir los instrumentos de trabajo, y sus características específicas, para después, realizar la exposición los datos recogidos en la misma investigación, así como a los análisis y conclusiones correspondientes.

#### **4.5 Instrumentos de trabajo.**

Para la recolección de los datos de nuestra investigación hemos seleccionado tres instrumentos, el primero es el expediente clínico de cada uno de los pacientes, el segundo consta de la obtención de información mediante la entrevista semi-estructurada y finalmente el tercero es el de la observación de las interacciones precoces entre la madre y su bebé en el ambiente hospitalario.

Al referirnos al expediente de los pacientes como fuente de información, tenemos como objetivo ubicar algunos antecedentes médicos y aspectos familiares y económicos relevantes para nuestra investigación, como son: la edad de la madre, la situación familiar

en la que nace cada paciente, si tiene hermanos o no, la situación económica de la familia, enfermedades de los padres y/o de los hermanos, el desarrollo de la enfermedad del paciente y los tratamientos a que ha sido sometido, otras enfermedades que padezca, tratamientos de estas enfermedades, forma de nacimiento, ambiente (intrahospitalario o extrahospitalario) en que nace.

#### **4.5.1 *La entrevista semiestructurada.***

La entrevista constó de un total de tres sesiones, ya que consideramos que con este número de entrevistas se obtendrían los datos que requerimos. Cada una de las entrevistas tuvo una duración de una hora aproximadamente. Las entrevistas se realizaron con un intervalo máximo de tres días, debido a que es muy variable la cantidad de tiempo que permanecen los pacientes y sus madres en del hospital.

Los elementos guía a que se enfocó nuestra búsqueda en este grupo de entrevistas fueron los siguientes<sup>6</sup>:

- El deseo de la madre por un hijo(a), y la historia de este mismo deseo a lo largo de la vida de la madre y más específicamente durante el embarazo. (Deseo que apuntó como su objeto al hijo imaginario, y que condensa a su vez al fantasmático).
- La madre frente a la enfermedad del bebé.
- La información con respecto a dicha enfermedad.
- La repercusión de la enfermedad al interior de la familia, especialmente con el padre y los otros hijos, si es que se tienen.

#### **4.5.2 *La observación directa de la semiología del cuidado materno y de las interacciones precoces.***

Consideramos que ésta es la parte más importante de la investigación, ya que los datos aquí recabados constituyen la principal fuente de elementos para nuestros análisis, dichos elementos, van desde los cuidados operatorios hasta los afectivos, donde registramos su estilo, duración, calidad y cantidad, quiebres y discontinuidades a lo largo de todas las observaciones, así como su restablecimiento. Estos factores son detectados a través de las actividades que componen las interacciones entre madre e hijo, los indicadores registrados fueron: la alimentación, la rehabilitación, los juegos, las caricias, los besos, las palabras, la colaboración por parte de la madre en los tratamientos médicos, así como la respuesta de los niños ante todas estas actividades, así como los estados de vigilia y de sueño y su alternancia. También registramos la cantidad de tiempo que la madre permanece al lado del niño, y dentro de este periodo, cuánto tiempo están interactuando y qué calidad y estilo de interacciones es la que se manifiesta. Así mismo, registramos y relacionamos el desarrollo del padecimiento o de los padecimientos de cada uno de los pacientes con las interacciones madre-bebé.

Para realizar esta serie de registros, el tiempo dedicado a la observación de las cualidades de las interacciones precoces, estuvo determinado por los tiempos del hospital, ya que las

<sup>6</sup> La guía de entrevista aparece en el apéndice 4 de este documento.

madres de nuestros pacientes no podían permanecer todo el día con sus hijos, por lo que decidimos realizar observaciones de las interacciones de cada paciente tres veces por semana, durante tres semanas, con lo que se efectuaron nueve sesiones de observaciones.

Donde por cada día de observaciones, las sesiones tuvieron una duración total de nueve horas, distribuidas de la siguiente forma:

2 horas de 8:30 a 10:30 horas.

3 horas de 12:00 a 15:00 horas.

4 horas de 16:00 a 20:00 horas.

El cual coincide con el horario de visita.

De esta manera estuvimos en posibilidad de presenciar la mayor parte del tiempo en que se desarrollaban las interacciones precoces, además de todas las sesiones de alimentación, estados de vigilia y sueño durante el día, aplicación de tratamientos y curaciones. Así mismo, podemos señalar que a las 8:00 de la mañana en que se pasa visita en el servicio, observábamos a los pacientes y recibíamos el informe de su evolución y la planeación de los tratamientos a seguir. También podemos mencionar que durante los periodos entre observaciones, se efectuaron visitas breves con el fin de detectar algún evento que por su importancia fuese necesario registrar. Finalmente, cabe señalar que los tiempos reportados en los indicadores de interacción se tomaron con cronómetro.

Los indicadores de registro fueron principalmente<sup>7</sup>:

- Interacción madre-bebé en términos generales
- Estilo del “holding”
- Tiempos de vigilia y de sueño y su alternancia
- Armonía en las interacciones
- Disposición del niño para las interacciones
- Respuesta general del bebé a la madre
- Fluctuaciones y discontinuidades en los cuidados
- Respuesta del niño a estas fluctuaciones
- Participación en la atención alimenticia, de limpieza y de cuidados médicos
- Cantidades de alimento que acepta el niño y sus fluctuaciones a lo largo de las observaciones, así como los elementos a los que se asocian estas fluctuaciones
- Cantidades de tiempo invertidas en las diferentes actividades, sobre todo en la alimentación
- Contacto visual (ojo a ojo) durante la alimentación
- Tipo de lenguaje
- Cantidad de expresiones de afecto como son besos, palabras y caricias
- Lugares sobre la superficie corporal del niño donde se emplazan estos afectos, así como la detección de los lugares privilegiados y los lugares ignorados
- Respuesta del niño a estas expresiones
- Desarrollo de la enfermedad, así como de otros padecimientos asociados

---

La guía de observación se muestra en el apéndice 5 de este trabajo.

- Respuesta anímica a los tratamientos médicos
- Relación entre la evolución médica a partir de tratamientos y las interacciones precoces

Adicionalmente se registró:

- La respuesta del bebé a los cuidados e interacciones con el cuerpo médico-asistencial.

La información recabada en esta sección de la investigación fue relacionada con los datos obtenidos durante las entrevistas, con el fin de encontrar las similitudes y discrepancias que pudiese haber entre el discurso y los actos, para así descubrir las determinantes inconscientes que están actuando.

#### ***4.5.3 Procedimiento de análisis de los casos***

El análisis de los casos se realizó en varias etapas, que a continuación describiremos:

- **Primera etapa:** El análisis de los casos se realizó en forma individual en un sentido longitudinal, desarrollado y descrito en dos secciones del análisis de resultados, donde se exponen los datos registrados, es decir, el primero es el resumen de cada caso y el segundo contempla la presentación de los datos observacionales registrados.

También cabe mencionar que el análisis de los datos considera los siguientes aspectos:

- ✓ Historia previa al nacimiento.
- ✓ Análisis a lo largo de la observación de las interacciones precoces.
- ✓ Respuesta de los niños a la interacción con el resto del cuerpo asistencial.
- ✓ Influencia del ambiente familiar y de las relaciones parentales a la interacción y al estado del niño.
- ✓ Y finalmente, repercusión de la dinámica psíquica de la madre sobre el desarrollo de las interacciones precoces.

Los cuales fueron recopilados de tres fuentes, el expediente e historia clínica que tiene el INP de cada paciente, la entrevista con la madre y la observación de las interacciones precoces.

- **Segunda etapa.** se analizan en su conjunto en forma transversal, relacionando factores comunes, con el fin de encontrar coincidencias y particularidades entre los casos estudiados.

Cabe mencionar que a lo largo de las dos etapas anteriores se presentan cuadros que complementan los datos descritos.

- **Tercera etapa.** Discusión de resultados.

- ✓ Relación, articulación e interpretación de los datos recabados a lo largo de las observaciones con los aportaciones que se encuentran en el marco teórico.
  - ✓ Discusión sobre la fantasmática despertada en el cuerpo médico por este tipo de enfermedades y los eventos que giran alrededor de éstas.
  - ✓ Análisis de la fantasmática personal del investigador generada a lo largo de la investigación, así como de los procesos psíquicos despertados durante esta.
- 
- **Cuarta etapa.** Se realizaron las conclusiones a la luz de los objetivos planteados, y a partir de éstos, se generan propuestas de intervención, así como de posibles líneas de investigación futuras.

## CAPÍTULO 5. MÉTODO

### 5.1 *Objetivo general*

El objetivo del presente trabajo es conocer o identificar algunos aspectos que se desarrollan en las interacciones precoces cuando el niño tiene un padecimiento orgánico del sistema nervioso central, como es la hidrocefalia congénita. Es decir, ubicar, desde la perspectiva psicoanalítica, algunos de los elementos que genera la presencia de la mencionada enfermedad, en la primera (y más importante) relación que sostiene el bebé con el mundo exterior, ya que este padecimiento se presenta desde el nacimiento y se desarrolla (tanto la enfermedad como su tratamiento) durante los primeros meses de la vida del bebé.

Así mismo, consideramos otros factores ambientales que interactúan e influyen en la relación madre bebé, conformando a su vez una macroestructura dentro de la cual se desarrollan las interacciones precoces, es decir, entendemos también como parte de las interacciones, a las influencias del resto de la familia, el internamiento hospitalario, los tratamientos, el cuerpo médico asistencial, así como la presencia del investigador, dando a cada elemento el reconocimiento a su propia fuerza y dinámica de interacción, que influyen y provocan una respuesta por parte de la unidad narcisista primaria. También enfocaremos nuestros esfuerzos a ubicar si una interacción de mejor calidad se refleja o no en una mejora clínica del paciente.

Finalmente, nuestra intención está enfocada, además de a la cuantificación, clasificación y descripción de los datos, al entendimiento y análisis de estos indicadores, desde un punto de vista eminentemente psicoanalítico del funcionamiento de la diada madre-bebé, abocándonos a los aspectos dinámico, económico y tópico tanto intrasubjetivo como intersubjetivo, que en este estadio se encuentran indiferenciados.

### 5.2 *Objetivos específicos*

#### **Conocer:**

- Cómo asume una madre la situación, cómo se enfrenta a su bebé, al mundo que los rodea y finalmente a sí misma.
- Cómo es libidinizado y erogenizado el cuerpo del bebé por su madre.
- Cómo se apuntalan las pulsiones, y en qué áreas de la superficie corporal se observa mayor énfasis.
- Cuáles son las cualidades la constitución y dinámica de los cuidados maternos y cómo se expresan a través de las interacciones precoces.
- Cómo responde el bebé desde su lado de las mencionadas interacciones, tanto en el aspecto afectivo como en el del desarrollo psicomotor y en una mejora o deterioro médico clínico.
- Cómo afecta el resto de la familia el desarrollo de las interacciones precoces.
- Cómo es vivida por la diada la hospitalización y sus repercusiones, así como el tratamiento que es llevado a cabo por los profesionales de la neurocirugía y los de la

psicología para tratar el padecimiento, además de las secuelas orgánicas y psíquicas de estas experiencias.

- Cuál es la movilización inconsciente generada en el observador investigador psicoanalista, así como en el resto del cuerpo asistencial, a partir de la presencia del niño enfermo de hidrocefalia, así como del estilo de interacciones que se desarrollan entre éste y su madre.

### *5.3 Consideraciones éticas*

Nuestro estudio está sustentado en su parte práctica, en la observación al interior de la relación madre-hijo, observaciones que por su estilo, escudriñan la intimidad de los pacientes y de sus familias. Por tal motivo, consideramos de fundamental importancia que las madres de nuestros pacientes estén, no sólo enteradas y de acuerdo en nuestro interés en ellos, sino que autoricen de manera escrita el que se les incluya como parte de nuestro estudio.

Para tal efecto hemos redactado una carta de consentimiento informado, donde además de que se les explica detalladamente la intención de nuestro estudio, el tipo de entrevista que se va a tener con ellas, y las observaciones a las que serán sometidas junto con su bebé; se indica el alcance y mejoras asistenciales que pretendemos desprender de los datos obtenidos.

También es de suma importancia mencionar que se les informará de la absoluta confidencialidad con que serán tratados los datos que nos aporten. Así mismo se informará en este mismo documento que tienen la libertad de retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento, si así lo deciden.

Finalmente consideramos que es necesario dar un seguimiento terapéutico a las diadas de nuestro estudio, ya que las entrevistas realizadas podrían tener repercusiones afectivas en las madres del estudio, situación que repercutiría de manera importante en su relación con el bebé, y que podría afectarla positiva o negativamente en mayor o menor medida. Es por esta razón que consideramos de gran importancia el brindarles, si es que están de acuerdo, un apoyo terapéutico por un psicólogo o psiquiatra del departamento de salud mental del INP, con el fin de analizar y superar las emociones despertadas por nuestro estudio.

### *5.4 Escenario*

La presente investigación se realizó en el departamento de neurocirugía del Instituto Nacional de Pediatría, esta unidad de asistencia depende de la Secretaria de salud, y se encuentra dentro de la clasificación del tercer nivel, esto es, en este tipo de unidades se atienden padecimientos atípicos que requieren un alta especialización por parte del cuerpo asistencial, así mismo la población atendida en este instituto es abierta, ya que carece de algún tipo de seguro social. Finalmente podemos comentar que al encontrarse el INP dentro del tercer nivel, su objetivo principal es la enseñanza médica especializada y la investigación.

### 5.5 Características de la Población<sup>1</sup>/ Muestra

Para la realización de nuestra investigación hemos escogido al Instituto Nacional de Pediatría, ya que a través de su departamento de Neurocirugía<sup>2</sup>, se han atendido un total de 86 pacientes de 1993 a 1998, es decir, 17 pacientes por año<sup>3</sup>. Considerando los datos anteriores, se puede señalar que nuestra investigación tendrá un impacto directo en la atención psicológica de una población de 17 pacientes con hidrocefalia congénita del departamento de neurocirugía anualmente.

Nuestra muestra<sup>4</sup> consta de un total de 6 diadas madre-bebé, de las cuales 3 son de bebés varones y 3 son de bebés mujeres<sup>5</sup>, todos los sujetos oscilan entre los tres y los once meses de edad<sup>6</sup>, porque consideramos que este es el rango idóneo para obtener los datos que son de nuestro interés.

### 5.6 Criterios de inclusión:

Quedan incluidos dentro de nuestro estudio aquellos pacientes que:

- 1) Padezcan hidrocefalia congénita y el daño ocasionado por esta no sea severo
- 2) Se encuentran entre los cero y los doce meses de edad
- 3) Su grado de visión tenga potenciales visuales que se encuentren en el rango de 1 a 3 (se excluye el grado 4).
- 4) Tengan a su madre como adulto responsable de su cuidado dentro del hospital
- 5) Que las madres estén de acuerdo en participar en la investigación

### 5.7 Criterios de exclusión:

Quedan excluidos de nuestro estudio todos aquellos sujetos que:

---

<sup>1</sup> Ver gráficas en el anexo 2.

<sup>2</sup> Donde realizamos las prácticas profesionales correspondientes a la maestría en psicología clínica de la UNAM.

<sup>3</sup> Datos obtenidos del departamento de estadística del Instituto Nacional de Pediatría

<sup>4</sup> La muestra fue integrada por conveniencia (Hudelson, 1994), y quedó conformada por 6 madres voluntarias (por consentimiento informado).

<sup>5</sup> El total de los sujetos estaban hospitalizados, durante el momento de realizar la investigación. Es decir, eran pacientes que se encontraban hospitalizados, en los ambientes del Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Pediatría, donde su periodo de estancia varió según diferentes aspectos médicos, de un par de semanas a varios meses.

<sup>6</sup> Este rango de edades es escogido porque es el periodo en que se desarrollan las interacciones precoces, además de que estos son los límites de las edades de los pacientes de nuestra muestra.

- 1) Debido a la magnitud del daño ocasionado al sistema nervioso central por la presión producida por la hidrocefalia, tengan un daño neurológico severo e irreversible, el cual tendrá efectos importantes en su ulterior desarrollo (psicológico, psicomotor, etc.)
- 2) Sufran algún otro tipo de padecimiento orgánico de importancia y que no esté relacionado con la hidrocefalia congénita.
- 3) Tengan una total deficiencia auditiva o visual (grado 4 en los potenciales visuales), ya que las interacciones precoces se ven afectadas en forma importante por estas variables.

### ***5.8 La investigación psicoanalítica como guía de nuestro trabajo.***

Consideramos que una investigación de corte psicoanalítico nos permitirá obtener un sólido punto de anclaje desde el que podamos observar, descubrir y analizar *cuáles y cómo son las cualidades de las interacciones precoces*, esto es, el cuidado materno y su semiología<sup>7</sup>. Es decir, buscamos el cómo se establece la causalidad entre el lactante enfermo, y la actitud “holding<sup>8</sup>” de la madre hacia este, para después conducirnos a otra causalidad, que es, cómo el “holding” de esta madre repercute en la estimulación del lactante, lo que a la postre se proyectará en su desarrollo y rehabilitación o no de la enfermedad, con lo que podemos decir que se cierra un sistema dialéctico de causalidades.

### ***5.9 Procedimiento***

El procedimiento mediante el cual será llevada a cabo la investigación será el siguiente:

1. Localizar los casos verificando que por sus características caigan dentro de los parámetros marcados en los criterios de inclusión.
2. Revisión de los expedientes.
3. Informar a las madres de los objetivos de la investigación y que den su autorización mediante la firma de la carta de consentimiento informado.
4. Entrevista enfocada con las madres.
5. Observación de las interacciones precoces madre-lactante
6. Análisis de la información y discusión de resultados.
7. Propuesta de intervención psicológica
8. Conclusiones.

### ***5.10 Análisis de la información***

Esta se llevará a cabo relacionando la información recabada en el marco teórico con los datos obtenidos en el expediente, la entrevista en profundidad y la observación de las interacciones con el fin de ubicar elementos particulares y constantes de las conductas y su repercusión en la interacción así como en la mejora o deterioro del estado afectivo y médico del niño.

<sup>7</sup> Entendiendo semiología desde la definición de Gutton, donde lo observable remite a lo latente.

<sup>8</sup> Entendido desde la definición de Winnicott (1971), la cual indica que el “Holding” comprende, el modo en que la madre responde al total de las necesidades del bebé, incluyendo el tenerlo en los brazos.

## CAPÍTULO 6. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### *Introducción.*

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de las observaciones realizadas a las interacciones precoces de las seis diadas de nuestro estudio. En principio, consideramos que para alcanzar un entendimiento minucioso de los datos recabados, es conveniente segmentar el análisis a desarrollar en tres grandes secciones. En primer lugar realizamos un breve resumen de cada uno de los casos, con el fin de presentar elementos suficientes para alcanzar una comprensión lo más acabada posible del desarrollo de las interacciones precoces, que observamos en cada uno de los pacientes de nuestro estudio.

En segunda instancia comentaremos indicadores de interacción registrados durante las observaciones, señalando su frecuencia y duración, consideramos que esta serie de datos proporcionan al estudio, los registros temporales de las variaciones cualitativas y cuantitativas en las interacciones.

Finalmente pasamos a la tercer parte del análisis e interpretación de los resultados, es decir, *a la discusión de los resultados*, consideramos que ésta sección resulta ser la de mayor importancia, ya que es justamente en ella, donde se precipitan los elementos señalados en las dos secciones anteriores y se enlazan con el marco teórico, es decir, ésta resulta ser la sección donde se asocian y engranan los eventos observados en la dinámica de la diada con el marco referencial que da sustento a nuestra investigación.

### **6.1 Resumen de cada uno de los casos del estudio.**

En este apartado realizamos un resumen del cada uno de los casos y del desarrollo de las interacciones precoces que tuvimos la oportunidad de observar. Los datos que en él se exponen son extraídos de tres fuentes, el expediente clínico de cada paciente, la entrevista o entrevistas con la madre y las observaciones realizadas. Cabe señalar que este documento no tiene como objetivo una amplia interpretación de los datos, ya que este trabajo se realiza en otro de los apartados del presente análisis como mencionamos con anterioridad, y únicamente nos limitamos a describir las conductas observadas y los datos recabados, sin embargo consideramos importante, al final de cada caso realizar un breve comentario con el fin de esbozar los aspectos más relevantes, y que señalan el camino por el que correrá nuestro posterior análisis e interpretación de resultados.

Finalmente consideramos que la importancia de este apartado radica en que le proporciona al lector información particular de cada uno de los casos, con el objetivo de que su comprensión sobre la investigación resulte más completa y, como mencionamos anteriormente, logre un entendimiento más acabado de las conclusiones a las que arribaremos más adelante.

#### **Caso 1: Ángela.**

**Edad: 8 meses**

**Sexo: f**

#### ***Expediente clínico:***

##### **Situación familiar**

La madre tiene 25 años, analfabeta, aparentemente sana, se dedica al hogar. El padre tiene 36 años, con escolaridad de 3ro de primaria, padece de tabaquismo y alcoholismo, aparentemente sano de otras afecciones, se dedica a trabajar el campo, la pareja tiene tres hijos: el mayor de 4 años, sufrió al nacer, de asfixia perinatal con retraso psico-motor agudo. La madre indica que apenas comienza a pronunciar algunas palabras y a caminar gracias a que lleva un año de rehabilitación, por lo que la valoración del desarrollo indica que tiene un desarrollo de un año de edad. El hijo de en medio cuenta con 2 años, y la madre refiere que es sano y se encuentra con un desarrollo normal para su edad.

**Diagnóstico:** Hidrocefalia congénita y Mielomeningocele occipital.

**Inspección del sistema nervioso central y órganos de los sentidos:** la niña se presenta reactiva, activa, con llanto fuerte, adecuada succión, sin alteraciones en los pares craneales. No moviliza cabeza, movimientos normales de las extremidades, marcha no valorable.

#### ***Entrevista con la madre:***

##### **Situación previa al nacimiento**

La madre reporta que la situación familiar no era de lo mejor, ya que el abuelo paterno acababa de fallecer, además de que el padre sufrió un accidente en el que perdió uno de los brazos, así mismo, indica que por el antecedente del hijo mayor se le indicó que no tuvieran más hijos, sin embargo quedó embarazada de Angela sin planearlo, y decidieron continuar con el embarazo.

**Embarazo.**

La madre comenta que durante el embarazo sufrió complicaciones al tercer mes de gestación, por lo que fue de riesgo, también señala que desde el primer embarazo le diagnosticaron un quiste en un ovario, también comenta que considera que este quiste ha tenido incidencia en las enfermedades de sus dos hijos, sobre todo en Angela.

**Nacimiento**

Este se realizó en medio hospitalario por cesárea, la madre señala como evento relevante que al nacer la niña se la llevaron de inmediato y no le pudo ver el rostro, por lo que se sintió extremadamente deprimida y angustiada.

Así mismo, comenta que desde el principio se les informó que la niña se encontraba enferma, “pero tanto ella como su esposo no se preocuparon demasiado, ya que pensaron que pronto se le pasaría, además de que se tenía la experiencia de la enfermedad del mayor, por lo que no era nada nuevo tener un hijo enfermo de la cabeza”

**Primeros días y semanas de vida.**

Éstos se desarrollaron dentro del medio hospitalario, la madre reporta que al principio únicamente era visible el mielomeningocele, “la bolita”, y la niña se encontraba desarrollándose bien, ya que comía, y reaccionaba bien, es más ya comenzaba a sonreír, pero progresivamente le fue creciendo la cabeza, por lo que perdió gran capacidad de movilidad, además de que dejó de sonreír y de estar despierta, la madre indica que simultáneamente con este evento, a ella se le fue la leche (aproximadamente a los 2 meses de haber nacido la niña), debido a la preocupación que sentía. Agrega que esta preocupación se incrementaba a partir tanto de la enfermedad de la niña, como de los tratamientos y cirugías a que se le sometían constantemente.

***Observación de las interacciones precoces*****Desarrollo de las interacciones precoces.**

Al observar el desarrollo de las interacciones precoces entre Ángela y su madre encontramos que en los aspectos afectivo y operacional, la madre no se adecua a las necesidades de la niña, ni en lo cualitativo ni en lo cuantitativo, esto es, al darle de comer no la levanta de la cuna, le coloca el chupón de la mamila únicamente rozándole la boca sin introducirlo en ésta, no se establece el contacto ojo a ojo, ya que la madre no coloca su rostro frente al de la niña, no la besa, le habla en forma sumamente esporádica (en comparación con otras madres del estudio), no la acaricia, al cambiarla la toca lo menos posible, no le toca en lo más mínimo la cabeza y del total del tiempo que los padres pueden permanecer dentro del Instituto para cuidar y estar con sus hijos, ella permanece mucho menos de la mitad de este periodo (de un total de 10 horas, ella pasa habitualmente 2 horas), además de que cuando se encuentra con la niña, se sienta a su lado sin tocarla, hablarle, acariciarle o siquiera mirarla, ya que se pasa el tiempo ensimismada o leyendo una revista. Situación que se desarrolló a todo lo largo de las observaciones.

Por su parte Ángela permanece gran parte del tiempo dormida, o somnolienta, cabe mencionar que se le colocó un estimulador en el costado del dorso “para que la estimule a

respirar". Cuando es su madre quien le da de comer, casi no recibe alimento, y la madre frecuentemente desiste rápidamente. Así mismo, es importante señalar que entre dos y tres de cada cuatro comidas se las proporciona una enfermera, ya que la madre no se encuentra en estos momentos, y en esta situación las cosas resultan ser diferentes, ya que la niña es levantada de la cuna, se establece precariamente el contacto ojo a ojo, la enfermera le habla, la acaricia y le introduce totalmente el chupón de la mamila dentro de la boca con lo que la niña acepta el alimento. En este sentido al paso de los días la niña fue aceptando cada vez más alimento en menor tiempo, además de que buscaba el rostro de la enfermera con la vista, sin embargo estos periodos de estimulación, que resultaron ser los únicos de los que gozaba la niña, eran aislados y breves.

### **Pronóstico médico**

El pronóstico médico es favorable ya que Ángela egresa del INP sin ningún tipo de complicación, la válvula (SDVP) se encuentra funcionando correctamente, la presión intracraneal es normal y no existe indicio alguno de infección.

### **Pronóstico Psicológico**

El pronóstico psicológico es desfavorable, ya que la estimulación de la madre sobre la niña es casi nula, en los sentidos cuantitativos y cualitativos, de los aspectos afectivo y operacional, por lo que la niña se encuentra extremadamente deprimida, lo que se observa en la cantidad de tiempo que permanece dormida y aislada, consideramos que este es un factor que ha contribuido en el retraso en el desarrollo que presenta la niña<sup>1</sup>, así mismo tampoco muestra la sonrisa que la madre nos comentó.

### **Pronóstico global**

El pronóstico global es desfavorable, ya que a pesar de que la niña se encuentra bien médicamente, la falta de estimulación adecuada al parecer tiene incidencia en su desarrollo, por lo que podemos pensar en la posibilidad de retrasos, probablemente mental y en el desarrollo psico-motor si la situación continúa por este curso.

Finalmente podemos comentar que:

*En el caso de Ángela encontramos una situación con características muy particulares, ya que a pesar de no padecer ningún tipo de infección o problemática de carácter orgánico a partir de la hidrocefalia (directamente) o de la colocación del SDVP, la niña tiene un marcado retraso psico-motor, con lo que pudimos constatar cómo una interacción deficiente contribuye (aunada a otros factores) a graves repercusiones en el desarrollo, y cómo este factor, sumado a los probables daños generados por la hidrocefalia y a otros elementos, ciernen un sombrío futuro sobre su desarrollo tanto neuronal como psicológico, y que ya son visibles en la actualidad.*

---

<sup>1</sup> Los aspectos referentes al desarrollo psico-motor de todos los pacientes se verán con más detenimiento en el apartado 6.1.2

**Caso 2: Abril.****Edad: 6 meses****Sexo: f*****Expediente clínico:*****Situación familiar**

La madre tiene 29 años, aparentemente sana, se dedica al hogar, el padre tiene 31 años y se dedica a la albañilería. La pareja tiene tres hijos, el mayor de 10 años, cursa el quinto año de primaria, y se encuentra sano; el segundo cuenta con 6 años, sano y con un desarrollo normal para su edad, además de que está cursando el segundo año de primaria.

Diagnóstico: Hidrocefalia congénita, mielomeningocele, infección ventricular, además de prolapso rectal y pie varo bilateral.

Inspección del sistema nervioso central y órganos de los sentidos: la niña se presenta reactiva, activa, no moviliza cabeza, movimientos normales de las extremidades, marcha no valorable, simetría facial con mirada fija en sol naciente indicativa de hidrocefalia.

***Entrevista con la madre:*****Situación previa al nacimiento**

La madre señala que la niña era una bebé sumamente esperada, ya que en el ultrasonido habían visto que era una niña, con lo que todos se sentían sumamente contentos, agrega que los dos hermanos preguntaban constantemente por la niña, y estaban muy emocionados por el nacimiento de ésta.

**Embarazo.**

En lo que se refiere al embarazo, comenta que las cosas se desarrollaron normalmente, sin complicaciones, sin embargo horas antes del parto sintió náuseas y mareos, por lo que se preocuparon en casa, de esta forma la trasladaron a una unidad médica en el DF, donde fue internada e intervenida mediante una cesárea, para que pudiera dar a luz.

**Nacimiento**

Este se realizó en medio hospitalario por cesárea, la madre menciona que durante la operación, las cosas se complicaron, ya que tuvo una hemorragia, minutos después, al nacer la niña, todo se complicó aún más, ya que los médicos le indicaron que venía mal. Señala que en ese instante deseó morir, ya que “se llenó de angustia”, a los pocos instantes le solicitó al médico que le mostrara lo que estaba mal en la niña, pero este únicamente le enseñó el costado y la espalda, donde se podía observar el tumor (mielomeningocele) con el que nació, posteriormente el médico le indicó que se tenían que llevar a la niña para operarla, la madre indica que la depresión que sintió en ese momento complicó aún más la hemorragia por lo que el cuerpo médico no la podía parar. Agrega que lo que más le dolió fue que no le mostraran el rostro de la niña, que esto la hizo sentir extremadamente mal y desear la muerte para sí.

Finalmente, comenta que los médicos hablaron con ella y le pidieron que se tranquilizara, ya que no podían parar la hemorragia, con lo que se tranquilizó y se alcanzó a frenar la hemorragia.

### **Primeros días y semanas de vida.**

Éstos se desarrollaron dentro del medio hospitalario, la madre comenta que la niña permaneció aislada y en incubadora ya que la habían intervenido, por lo que sólo a través del cristal la podía ver, indica que no únicamente durante las horas que le daban permiso la contemplaba a través del cristal, sino que también durante la madrugada se levantaba a ver a la niña. Por otra parte, comenta que ya al poder estar en contacto con la niña, no le podía dar pecho ya que se le había ido la leche, reporta que algunos médicos del hospital donde nació la niña, le decían que la niña no tenía esperanzas y que lo más seguro y hasta mejor, sería que la niña muriera. Estas observaciones la lastimaban y angustiaban mucho, pero ella estaba decidida a sacar adelante a su hija, por lo que le hablaba mucho y la estimulaba constantemente. Señala que la atención en dicho hospital resultó ser extremadamente deficiente, por lo que la niña, cuando le realizaban las punciones (extracción del líquido cefalorraquídeo excedente del interior del cráneo) se estabilizaba y mostraba cierta mejoría, (seguramente gracias a la descompresión) pero cuando dejaban pasar demasiado tiempo la niña se deprimía y empeoraba. Finalmente, consiguió que se realizara el traslado al INP, donde se encuentra muy contenta por la atención recibida.

### ***Observación de las interacciones precoces***

#### **Desarrollo de las interacciones precoces.**

Al observar el desarrollo de las interacciones precoces entre Abril y su madre, encontramos que en los aspectos afectivo y operacional, la madre se adecua a las necesidades de la niña en lo cualitativo aunque en lo cuantitativo las cosas son distintas, (como explicaremos más adelante), en lo referente a los cuidados afectivos, encontramos que la madre cuando está al cuidado de la niña, la acaricia frecuentemente, la besa y le habla constantemente, al darle de comer, establece el contacto ojo a ojo, la saca de la cuna, la carga, le coloca la mamila en forma que se adecua a la niña, con lo que ésta recibe el alimento, durante esta operación la madre mantiene su rostro cerca del de la niña y le habla constantemente, al terminar le acaricia todo el cuerpo, a excepción de la cabeza, después la cambia, y continúa con las caricias, los besos y las palabras tiernas, hasta que la niña se queda dormida. Por su parte la niña responde a las caricias estando despierta y atenta, sigue a su madre con la mirada y establece el contacto ojo a ojo, además de estar atenta constantemente.

Sin embargo, la cantidad de estimulación ha presentado ciertas discontinuidades ya que la madre se ha ausentado del INP, durante la mitad del día, desde el día tercero y hasta el día séptimo por lo que durante este periodo paso únicamente la mitad del tiempo que tienen los padres para realizar el cuidado de sus hijos, esta situación se debe a que regresa a cuidar a sus otros hijos y a su marido, quienes la demandan constantemente, a esto se suman diversos y fuertes problemas que la madre ha tenido con su esposo y la familia de éste, situación que la mantiene, según sus propias palabras, sumamente deprimida y molesta. Consideramos que esta situación genera, como mencionamos más arriba, quiebres y discontinuidades en las interacciones, lo que a su vez contribuye, (ya que otros elementos como es la infección que padece, también influyen en este estado) a que Abril permanezca gran cantidad del tiempo en que su madre no se encuentra a su lado, dormida o somnolienta.

### **Pronóstico médico**

El pronóstico médico al ser egresada del INP es extremadamente desfavorable. Abril fue dada de alta con una grave infección ventricular, y por temor a que se contagiara de otra infección dentro del INP fue dada de alta, la niña es traída dos veces por semana a que le puncionen el líquido cefalorraquídeo excedente, con lo que la presión intracraneal se estabiliza. Sin embargo, podemos comentar que con el paso del tiempo, y a pesar de que no se le están suministrando medicamentos y antibióticos, la infección está cediendo ya que el líquido puncionado se encuentra menos denso, además de que los análisis de laboratorio reportan menos leucocitos (forma de medir el grado de infección), por lo que se decide, por parte del cuerpo asistencial, esperar su evolución.

### **Pronóstico Psicológico**

El pronóstico psicológico es difícil de establecer, ya que la estimulación de la madre sobre la niña, durante su estancia en el INP, fue inconstante, con quiebres y discontinuidades muy marcadas. Sin embargo al estar en casa, parece que las cosas han cambiado favorablemente, ya que la madre puede estar más pendiente de la niña y simultáneamente ver por el resto de la familia, lo que a nuestro juicio ha colaborado en la mejora anímica de la niña.

### **Pronóstico global**

El pronóstico global es desfavorable, ya que a pesar de que se ha desarrollado cierta mejora en el estado físico de la niña, la infección no ha cedido del todo, además de que fue sumamente agresiva, por lo que el probable daño a las estructuras neuronales puede ser irremediable, así mismo el retraso psico-motor y relacional que presenta es sumamente marcado<sup>2</sup>, y como hemos podido observar los quiebres y problemáticas familiares fácilmente rompen el equilibrio de las interacciones precoces que Abril comparte con su madre.

Finalmente podemos comentar que:

*Consideramos que en el caso de Abril se manifiestan en forma importante los efectos de las discontinuidades de los cuidados maternos, (y que se suman a otros factores como son los aportados por la misma enfermedad), y donde consideramos que quizás es éste el caso más ilustrativo, (en el sentido de las discontinuidades y sus repercusiones) de nuestra investigación, sobre el estado, no sólo afectivo y del desarrollo psico-motor, sino también sobre su estado físico, es decir sobre la evolución misma de la infección, ya que se desarrollaron importantes fluctuaciones de ésta, asociadas, entre otros factores, con la presencia y calidad de las interacciones precoces con la madre. Por otra parte, también encontramos en este caso una relevante influencia de las relaciones parentales y con la familia política (de la madre), sobre las interacciones precoces, provocándoles quiebres y discontinuidades.*

<sup>2</sup> Como observaremos en forma más detenida en el apartado 6.2.1 referente a los indicadores de interacción y análisis de comportamiento, donde se realiza una explicación más extensa del tipo de retraso que presentan los pacientes del estudio.

*Finalmente es de resaltar como una niña que fue enviada a su casa "para que falleciera"(según las expectativas del cuerpo médico), se recuperó parcialmente<sup>3</sup> situación que se acompañó de un cambio en el estado afectivo, tanto de ella como de su madre, el cual consideramos, fue derivado del cambio de ambiente, del hospitalario al del hogar con el resto de la familia, por esta misma razón resulta sumamente difícil hacer un pronóstico sobre el futuro de la niña, aunque en la actualidad podemos decir que hemos tenido noticias de que la niña continúa con vida ya que su madre la trae al INP a consulta.*

### **Caso 3: Luis**

**Edad: 6 meses**

**Sexo: m**

#### ***Expediente clínico:***

##### **Situación familiar**

La madre tiene 28 años, se dedica al hogar, el padre vive con ella en unión libre desde hace 2 años. La madre del paciente se encontró previamente casada, de esta relación procreó a su primer hijo, pero a los dos años decide separarse del padre de éste por conflictos constantes. Actualmente describe la relación de pareja como satisfactoria, con comunicación adecuada y autoridad compartida.

**Diagnóstico:** Hidrocefalia congénita, dilatación del sistema ventricular, hepatomegalia, probable malformación intestinal, mielomeningocele roto, y vejiga neurogénica

**Inspección del sistema nervioso central y órganos de los sentidos:** el niño presenta frontal prominente con fontanelas amplias, abombadas, paladar aparentemente íntegro, abdomen no valorable. Extremidades superiores con movilidad normal, extremidades inferiores hipomórficas, pie en mecedora con talón prominente bilateral, no hay movimientos activos y existe limitación en rodilla para movimientos pasivos.

#### ***Entrevista con la madre:***

##### **Situación previa al nacimiento**

La madre comenta que como su otro hijo tiene 10 años, ella y su actual pareja querían un hijo (ya que el niño de diez años es únicamente de ella y de su primera pareja), pero ella no se podía embarazar, y cuando finalmente se resignaron a no tener un hijo, quedó embarazada, por lo que se ilusionaron bastante.

##### **Embarazo.**

El embarazo fue delicado y sumamente complicado, por lo que le mandaron medicamentos, sin embargo, señala que no se los tomaba por temor a que le hicieran daño al producto, de esta forma se automedicó y mejoró sensiblemente (*según su propio criterio*). Así mismo, indica que su malestar se incrementó debido a fuertes problemas con los médicos que la atendieron, debido al mal manejo de la información. Al final del embarazo, se volvieron a complicar las cosas ya que el bebé venía sentado, después se acomodó, pero los padres hicieron un estudio que mostró que el bebé tenía un problema,

<sup>3</sup> Y que se acompañó del tratamiento médico para la niña

la madre indica que ella le reclamó al médico no haberle informado antes de esta situación, pero éste la evadió. En el estudio que realizaron los padres apareció que el niño tenía la cabeza desproporcionada, por lo que consideraban que iba morir al día de nacido. La madre comenta que una médico de Neonatología le dijo que la solución hubiera sido no tenerlo, ya que desde los primeros meses de embarazo se pueden detectar las malformaciones.

### **Nacimiento**

Éste se realizó en medio hospitalario por cesárea, señala que al nacer el bebé ni siquiera lo vio ya que se lo llevaron de inmediato, y que esto fue lo que más le dolió, comenta que tardó un rato en nacer, el doctor le dijo que venía todo mal; la columna chueca, los testículos, el corazón, los pulmones, la cabeza. Agrega que el doctor le dijo que lo mejor sería dejar que muriera.

### **Primeros días y semanas de vida.**

Éstos se desarrollaron dentro del medio hospitalario, la madre comenta que durante los primeros días después del nacimiento tuvieron muy pocas oportunidades de estar juntos, y que éstas se restringen a unas cuantas horas, ya que el niño fue trasladado al INP para ser atendido. Ya en el INP les informaron que sería necesario operarlo, y que sería una cirugía muy delicada, por lo que corría importantes riesgos. Sin embargo, las cosas salieron bien, y fue dado de alta, aunque días después se infectó la herida del mielomeningocele, además de que la válvula disfuncionó, y posteriormente también se infectó, por lo que fue reinternado en el INP. Finalmente en lo que se refiere a la lactancia, comenta que la primera vez que le dio pecho fue la noche del día en que se le dio de alta al niño en el primer hospital donde fue hospitalizado al nacer, posteriormente le dio durante una semana cuando estaba internado en neonatos en el INP, posterior a esto dejó de darle pecho por determinación médica y poco después se le fue la leche por que se sentía sumamente deprimida.

### ***Observación de las interacciones precoces***

#### **Desarrollo de las interacciones precoces.**

En principio, cabe hacer el señalamiento de que Luis es el único paciente de nuestro estudio que tiene un perímetro cefálico dentro de la curva normal, es decir, el tamaño de su cabeza es normal, por lo que a la vista es aparente ser un niño normal, situación que se refleja en las interacciones, ya que éste es el único caso en que se observó que la madre en algunas ocasiones la acariciaba, y aunque no era con mucha frecuencia, sí se presentaba una diferencia con respecto al resto de los pacientes del estudio, en que las madres no acariciaban en ningún momento la cabeza de los niños.

Al observar el desarrollo de las interacciones precoces entre Luis y su madre, detectamos una buena calidad de interacciones, tanto en el aspecto afectivo como operacional, sin embargo, en este caso también encontramos ciertas discontinuidades de los cuidados (ya que la madre, dejó de estar al cuidado del niño con tanta frecuencia, situación que comentaremos más ampliamente más adelante<sup>4</sup>). La madre al estar al cuidado del niño, lo acaricia frecuentemente, lo besa y le habla constantemente, al darle de comer, establece el contacto ojo a ojo, le saca de la cuna, lo carga, le coloca la mamila en forma que se

<sup>4</sup> Ver cuadro 5.1

adecua al niño, con lo que éste recibe el alimento, durante esta operación la madre mantiene su rostro cerca del niño y le habla constantemente, al terminar le acaricia todo el cuerpo, después lo cambia, y continúa con las caricias, los besos y las palabras tiernas, hasta que el niño se queda dormido.

Por su parte el niño, cuando aumenta la colección de líquido y la presión intracraneal es alta, no responde a los cuidados, se muestra irritable<sup>5</sup> cuando se le manipula, y permanece en un estado constante de sueño y somnolencia, además de estar hiporreactivo e hipotónico. Sin embargo, al ser descomprimida la presión intracraneal mediante punción durante el tercer día, para el cuarto día, responde mucho mejor, permanece despierto y atento, no se irrita al ser manipulado, y responde a las caricias estando despierto y atento, trata de seguir a su madre con la mirada y establece el contacto ojo a ojo, además de estar atento constantemente. Sin embargo, la cantidad de estimulación se vio interrumpida, es decir, mientras que durante aproximadamente la mitad de las observaciones la madre permaneció al cuidado del niño todo el tiempo que le fue posible, existió un periodo en que se ausentaba por grandes lapsos (días sexto y séptimo) ya que la familia la demandaba, por lo que el niño permanecía largos periodos solo, durante estos días su madre no se presentaba más que un breve espacio de tiempo<sup>6</sup>. A partir de esta última situación, (y que seguramente se sumaba a la infección que padecía y a la colección del líquido) Luis entró en un estado de hipoactividad, permaneciendo casi todo el tiempo dormido o somnoliento, sin movilizar en lo más mínimo las extremidades, además de mostrarse irritable cuando se le manipulaba al darle de comer, hacerle las curaciones, suministrarle los medicamentos o cambiarle la ropa. De esta forma, empeoró ostensiblemente su estado anímico, situación que se vio incrementada por el hecho de que la infección aumentó considerablemente, y el puncionarlo ya no le producía la misma mejora en su actividad, aunque sí permanecía más despierto (días 8 y 9).

Finalmente, la madre decide dedicarle más tiempo al niño, con lo que aumenta considerablemente su permanencia en el INP al cuidado del niño, procurando acariciarlo y hablarle por importantes periodos, además de darle de comer en forma afectuosa, (situación que se correlaciona con la punción realizada al niño), observamos que el niño responde favorablemente a este cambio en la interacción, ya que con el paso de los días se le ve más reactivo, despierto y dispuesto para la interacción, además de estar menos irritable y más participativo, aunque en ciertos momentos (específicamente durante el noveno día) hemos observado que la madre parece permanecer absorta y distante, situación a la que se suma el incremento en la infección, y que al parecer el niño responde con un retorno a estados de irritabilidad y apatía para la interacción.

### **Pronóstico médico**

El pronóstico médico sobre Luis es desfavorable, ya que, la infección no ha cedido en lo más mínimo y por el contrario continúa en aumento, así mismo permanece con problemas vertebrales, la malformación intestinal y la vejiga neurogénica.

<sup>5</sup> Al indicar irritable, nos estamos refiriendo a la definición aportada por Kreisler (1988) en: *Pediatría y Psiquiatría infantil: El niño enfermo*.

<sup>6</sup> Ver cuadro 5.1

### **Pronóstico Psicológico**

El pronóstico psicológico es indeterminado, ya que la estimulación de la madre sobre Luis ha sido inconstante, con quiebres y discontinuidades, debido a que es extremadamente susceptible a variaciones aportadas desde el exterior, es decir, a situaciones generadas por la dinámica familiar. Así mismo Luis, desde ahora manifiesta marcados detenimientos en el desarrollo, tanto psico-motor como relacional<sup>7</sup>, por lo que el encuentro de ambas situaciones, arrojan un pronóstico difícil de dilucidar, aunque, si pretendemos forzarnos a generar un pronóstico, este sería poco prometedor y desfavorable.

### **Pronóstico global**

El pronóstico global es desfavorable, ya que a pesar de que se ha desarrollado alguna mejora en el estado relacional del niño durante los últimos días de observación, la infección no ha cedido en lo más mínimo, y por el contrario se ha agudizado, haciéndose cada vez más agresiva, por lo que el probable daño a las estructuras neuronales puede llegar a ser irremediable, así mismo el retraso psico-motor y relacional que presenta es evidente, y como hemos podido observar los quiebres y problemáticas familiares fácilmente rompen el equilibrio de las interacciones precoces que Luis mantiene con su madre, situación que se suma al estado médico del niño.

Finalmente podemos comentar que:

*En lo que se refiera a Luis, encontramos que en su caso, al parecer también existe cierta correlación entre las discontinuidades de los cuidados maternos y el estado afectivo así como en lo referente al desarrollo psico-motor del niño, y que se suman a los elementos desfavorables introducidos por la misma enfermedad, (infección y presión intracraneal alta). Por otra parte podemos mencionar que Luis fue el paciente en que menos evidente era la enfermedad, casi imperceptible, ya que la cabeza y su tamaño se encontraban dentro de los rangos normales, quizás ligeramente en el límite superior del rango, situación por la cual, probablemente, su cabeza era acariciada eventualmente por la madre, evento que no detectamos en los otros pacientes del estudio. Así mismo, encontramos que, al igual que el resto de los casos, Luis resultó ser sensible a los cuidados maternos y sobre todo a las ausencias de la madre, tanto físicas como de actitud. Así mismo, en este caso fueron relevantes los efectos de los problemas parentales y las discontinuidades que este factor introdujo en las interacciones.*

### **Caso 4: Angel**

**Edad: 3 meses**

**Sexo: m**

#### ***Expediente clínico:***

#### **Situación familiar**

La madre tiene 20 años, con el tercero de secundaria cursado, aparentemente sana, se dedica al hogar. El padre tiene 27 años, con escolaridad de 3ro de secundaria, se dedica a ser jornalero. Angel es el primer hijo de la pareja.

<sup>7</sup> Como mencionamos anteriormente, esta serie de elementos relacionados con el retraso psico-motor de los pacientes se verá con más detenimiento en el apartado 6.1.2

En este caso cabe hacer la observación de que es el único paciente que se encuentra al cuidado de sus dos padres, por lo que las interacciones se realiza con dos personas diferentes (cada una con un estilo particular), además de que los periodos de interacción han resultado ser mayores que en el resto de los pacientes.

**Diagnóstico:** Hidrocefalia congénita y Mielomeningocele dorso-lumbar.

**Inspección del sistema nervioso central y órganos de los sentidos:** A su ingreso enfermería lo reporta irritable, con hidrocefalia y mielomeningocele. El perímetro cefálico es de 58 cm. Se reporta intranquilo, irritable, fontanela anterior de 15x10 cm., plena a tensión, fontanela posterior de 5x8 cm. A tensión, suturas longitudinales abiertas de 2 cm. aproximadamente, pares craneales normales. Cara simétrica con ojos en sol naciente. Cuello corto, difícil de explorar por la hidrocefalia, no moviliza cabeza, extremidades normales, sólo que padece de hipotrofismo, marcha no valorable. Sistema nervioso con alteraciones que corresponden al mielomeningocele y a la hidrocefalia.

### ***Entrevista con la madre:***

#### **Situación previa al nacimiento**

La madre inicia la entrevista indicándonos que el niño era planeado, a los dos meses de matrimonio decidieron encargarlo, comenta “ya sabíamos la responsabilidad de tener un bebé”.

#### **Embarazo.**

Señala que los dos primeros meses del embarazo sintió dolor de cabeza y sufrió vómitos, además de que se desmayó en diversas ocasiones, debido a estas situaciones acudieron a un hospital donde les indicaron que todo estaba bien, posteriormente acudieron a otra unidad hospitalaria en el estado donde radican, donde le realizaron un ultrasonido, donde se pudo observar que el niño venía sentado, además de que tenía la cabeza grande y con líquido.

#### **Nacimiento**

Este se realizó en medio hospitalario por cesárea, comenta que durante la operación no le permitieron ver al niño, agrega que esto la hizo sentir extremadamente triste ya que lo deseaba ver.

#### **Primeros días y semanas de vida.**

Éstos se desarrollaron dentro del medio hospitalario, la madre comenta que al día siguiente el médico le indicó que lo bañara, lo aseara y lo bautizara, ya que no iba a vivir mucho tiempo más. Continúa narrando que a los tres días los dieron de alta en el hospital y regresaron a su pueblo a esperar a que el niño falleciera, comenta que no quería sacarlo de la casa por que temían que muriera más pronto, pero al transcurrir tres meses y ver que el niño continuaba vivo y desarrollándose, así como la bola de la espalda (el mielomeningocele) y el tamaño de la cabeza, (la hidrocefalia) decidieron traerlo al INP.

En lo que se refiere a la alimentación, señala que nunca le dio pecho ya que el médico le dijo que no era conveniente, agrega que al mes “se me secó la leche por que me sentía muy triste”. Comenta que como siempre le ha dado leche para lactantes nunca probó la de

ella, así mismo reporta que lloraba bastante, ya que, a partir de la información recibida en el hospital, únicamente esperaba que el niño falleciera, además de que en el pueblo jamás habían visto a un niño con una enfermedad como ésta, por lo que se sentían sumamente extrañados y angustiados. Agrega que en un principio se sintió sumamente culpable, y ni siquiera quería ver al niño, pero al platicar con su marido, éste le decía que las cosas eran así porque Dios lo quiso, por lo que ellos deberían de afrontarlo.

### ***Observación de las interacciones precoces***

#### **Desarrollo de las interacciones precoces.**

Al observar el desarrollo de las interacciones precoces entre Angel y su madre encontramos que en los aspectos afectivo y operacional, la madre se adecua a las necesidades del niño en lo cualitativo y en lo cuantitativo, en el aspecto afectivo encontramos que le habla constantemente, al terminar le acaricia todo el cuerpo, a excepción de la cabeza, después lo cambia, y continúa con las caricias, los besos y las palabras tiernas, hasta que el niño se queda dormido. Por su parte el niño responde a las caricias estando despierto y atento, sigue a su madre con la mirada y establece el contacto ojo a ojo, además de estar atento constantemente. Cabe señalar que conforme han transcurrido los días, sobre todo después de ser pasado al quirófano durante el segundo día de observaciones, el niño ha ido mostrando cada vez más capacidad de interacción y de respuesta a los estímulos que se le refieren, esto es, permanece mayores cantidades de tiempo despierto en un estado tranquilo y atento, realiza balbuceos de mayor intensidad al escuchar la voz de sus padres, y tolera la manipulación.

#### **Pronóstico médico**

El pronóstico médico al ser egresado del INP es sumamente favorable, Angel no manifiesta ningún indicio de infección, el SDVP, funciona adecuadamente, por lo que la presión intracraneal es estable y normal. El niño se va sin medicamentos, con dieta de sólidos y sin ningún tipo de complicación.

#### **Pronóstico Psicológico**

El pronóstico psicológico es también sumamente favorable, ya que la estimulación de la madre sobre el niño, es adecuada, lo que ha impulsado un importante desarrollo en el niño, tanto en el aspecto psico-motor como relacional.

#### **Pronóstico global**

El pronóstico global es favorable, ya que la confluencia de ambos pronósticos, tanto el médico como el psicológico, generan buenas expectativas para el subsecuente desarrollo del niño.

Finalmente podemos comentar que:

*En el caso de Angel, consideramos que es donde más evidentemente se observa una sustancial mejora del niño en el sentido de desarrollo psico-motor y relacional, lo que nos habla de la probable correlación entre la mejora del sistema nervioso central, (y la descompresión de éste), a partir de la cirugía y colocación del SDVP, y un adecuado ambiente de interacciones precoces, lo que impulsa un dinámico y rápido desarrollo del niño, a pesar de sus limitaciones físicas debidas al gran tamaño de la cabeza.*

*Cabe mencionar que recientemente (seis meses después de su egreso) tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con los padres de Angel, además de observar al niño, encontramos que la pareja se encuentra sumamente contenta y animosa, ya que el niño, como pudimos observar, está muy bien de salud y ha subido bastante de peso (en exceso), así mismo encontramos que a pesar de que tiene importantes limitaciones en la capacidad para mover el cuerpo, ya que el gran tamaño de la cabeza le impide moverse libremente, (además de que no la alcanza a sostener, aunque continuamente está haciendo intentos), su desarrollo psico-motor es considerable, presenta sonrisa social, está animoso, alegre, participativo, sumamente atento a los eventos que se suceden en su entorno, con una actitud tranquila y atenta, y "hasta coqueto", según las enfermeras.*

**Caso 5: Jesús**

**Edad: 11 meses**

**Sexo: m**

***Expediente clínico:***

**Situación familiar**

La madre tiene 22 años, aparentemente sana, se dedica al hogar, tiene la preparatoria terminada. El padre tiene 23 años, aparentemente sano, se dedica a ser jornalero, tiene la secundaria terminada. La pareja tiene tres hijos: El mayor tiene actualmente 4 años, la madre indica que se encuentra sano y normal, el hijo de en medio cuenta con 2 años, y la madre refiere que es sano y se encuentra con un desarrollo normal para su edad, y finalmente se encuentra Jesús.

Diagnóstico: Hidrocefalia congénita, ventriculitis, prolapso rectal, hernia umbilical.

Inspección del sistema nervioso central y órganos de los sentidos: Los reflejos oculares presentes, hay succión y deglución. El cráneo se encuentra dolicefálico, con frente amplia, fontanela anterior amplia 13x12cm. ligeramente tensa, fontanela posterior 1.5x1.5cm. con venas de piel cabelluda prominentes. Ojos simétricos con signo del sol naciente, con pupilas isocóricas normorreflexivas, narinas permeables, orofaringe con paladar ogival, mucosas normales.

***Entrevista con la madre:***

**Situación previa al nacimiento**

La madre nos comenta que durante sus embarazos anteriores se descuidó, ya que comía de todo, se desvelaba, cargaba objetos pesados; etcétera, pero en el embarazo de Jesús ella tuvo más cuidados, es decir, controló su alimentación, no cargó cosas pesadas y dormía lo suficiente, es por esta razón que le parece sumamente extraño que Jesús tenga los problemas que tiene, mientras que sus otros hijos se encuentran sanos.

**Embarazo.**

En lo que se refiere al embarazo, comenta que a los 7 meses de embarazo, debido a que sentía dolores en la espalda fue al médico, donde le realizaron un ultrasonido en el cual se encontraron problemas de columna en el niño, agrega que al hacer esta revisión con el ultrasonido no le dijeron nada acerca de que fuera a padecer hidrocefalia, pero sí le

indicaron que cuando naciera iba a requerir válvula. Comenta que ya le habían realizado un ultrasonido previo a los 5 meses de embarazo, pero en éste no se detectó ningún problema. Finalmente, a los 8 meses, debido a que el problema de la espalda se acrecentaba y a que los huesos de la cadera ya se habían abierto demasiado, los médicos decidieron realizar una cesárea

### **Nacimiento**

Éste se realizó en medio hospitalario por cesárea, indica que durante ésta la madre estaba despierta. El niño lloró al nacer, los médicos se lo enseñaron, indica que no lo tocó, además le mostraron la bolita de la espalda, agrega que la cabeza se le veía normal, después de esto se lo llevaron para que lo revisara el pediatra. Agrega que al tener al bebé se sentía extremadamente cansada, pero alegre de que estuviera vivo y bien “dentro de lo que cabe”.

### **Primeros días y semanas de vida.**

Éstos se desarrollaron dentro del medio hospitalario, la madre comenta que el niño permaneció aislado y en incubadora donde pasó únicamente un día, para después trasladarlo a una cuna, a ella le informaron que el niño nació con un mielomeningocele, e hidrocefalia congénita, por lo que requeriría una cirugía y una válvula de derivación. Señala que a los tres días de nacimiento operaron a Jesús del mielomeningocele y le permitieron a ella tocarlo por primera vez, estando en el cunero. En lo que se refiere a la alimentación, que le dio pecho hasta los 4 meses, pero la tensión emocional continua y la mortificación que sentía provocaron que se le fuera la leche, por lo que se vio obligada a darle leche de fórmula.

Finalmente, comenta que continuamente la válvula disfuncionaba, por lo que el niño era reinternado en el hospital para realizarle cambios valvulares, a los 4 meses de edad, sufrió de neumonía, por lo que volvió a ser hospitalizado, comenta que el médico le decía que no iba a salir adelante, que si no fallecía en esos días, como tenía hidrocefalia, viviría sólo hasta los 5 o 6 años de edad, ya que los niños con esta enfermedad no viven más.

### ***Observación de las interacciones precoces***

#### **Desarrollo de las interacciones precoces.**

Al observar el desarrollo de las interacciones precoces entre Jesús y su madre, encontramos que en el aspecto operacional, la madre se adecua a las necesidades del niño en lo cualitativo y en lo cuantitativo. Sin embargo, en el aspecto afectivo de la relación, las cosas son muy distintas, ya que, durante casi todo el periodo de observaciones, las caricias, besos y palabras de cariño no se manifestaron. Únicamente cerca del egreso del niño, la situación varió, y la madre mostró mayores manifestaciones de cariño. En términos generales se observó sumamente deprimida, ya que permanecía constantemente callada y ausente, su relación tanto con el niño como con el cuerpo asistencial, y las demás madres del ambiente era en extremo escasa, pasando largos periodos ensimismada, y ausente.

En lo que se refiere al niño, este permanece dormido casi todo el tiempo, aunque cuando está despierto se observa reactivo, sin embargo, consideramos que probablemente a partir

de la infección que padece y a la falta de estimulación, regresa a su estado de sueño. Cabe señalar que cuando el estado de ánimo de la madre cambió favorablemente a una mayor cantidad de actividad (sobre todo afectiva) con la noticia de que Jesús sería egresado, (a partir del sexto día de observaciones) su interacción con el niño se incrementó notablemente, por su parte Jesús respondió también con una mayor reactividad, permaneciendo mayores cantidades de tiempo despierto y activo, situación que consideramos, se debió también en gran medida, a la disminución y desaparición de los datos de infección, a partir del quinto día de observaciones.

### **Pronóstico médico**

El pronóstico médico al ser egresado del INP es favorable, ya que el SDVP se encuentra funcionando adecuadamente, por lo que la presión intracraneal es normal, además de que no se encuentra ningún indicio de infección.

### **Pronóstico Psicológico**

El pronóstico psicológico es favorable pero con ciertas reservas, ya que la estimulación de la madre sobre el niño durante su estancia en el INP, tuvo importantes carencias en el aspecto afectivo de la relación (aunque mejoró al final de su estancia en el INP, con la noticia de que serían egresados), consideramos que esta situación se vio en gran parte generada por la depresión intrahospitalaria parental que la madre sufría. Este hecho nos lleva a pensar que la situación podría variar por el regreso a la casa, y las interacciones afectivas y la estimulación podrán, quizás, mejorar sustancialmente, con el consiguiente impacto positivo sobre el desarrollo psicológico del niño.

### **Pronóstico global**

El pronóstico global es favorable, ya que la participación conjunta de la ausencia de complicaciones médicas y una adecuada interacción pueden favorecer en forma determinante el curso del desarrollo del niño.

Finalmente podemos comentar que:

*En el caso de Jesús, encontramos que esta es la diada más ilustrativa y aguda de la depresión hospitalaria materna, propiciando con esto lo que podemos denominar una paternidad o más bien maternidad de riesgo, ya que la madre, debido a su depresión, dejaba de suministrar a Jesús en muchas ocasiones la parte afectiva de las interacciones, concentrándose únicamente en los aspectos operatorios del cuidado, lo que repercutía en forma negativa en el desarrollo de Jesús. A pesar de mostrar éste una notable mejoría orgánica (gracias a la disminución de la infección generada por el tratamiento medicamentoso), su interacción con el medio era por demás limitada, ya que permanecía gran parte del tiempo dormido, con el cuerpo hipotónico y con una marcada indiferencia para con el exterior.*

*Para terminar podemos pensar que la mejora del niño, sumada al egreso del niño del INP, y su regreso al lado de la familia en su lugar de origen, en el interior de la república, estimulará a la madre para que supere la depresión intrahospitalaria en la que se encuentra, y gracias a esto estimule de una forma mucho más activa al niño, sobre todo en el sentido afectivo. A partir de estos datos pensamos que el pronóstico tanto de la*

*madre de Jesús, como del niño, entendidos como la unidad que conforman, cuenta con factores favorables.*

**Caso 6: Paloma.**

**Edad: 6 meses**

**Sexo: f**

***Expediente clínico:***

**Situación familiar**

La madre tiene 20 años, aparentemente sana, se dedica al hogar, tiene el bachillerato terminado. El padre tiene 25 años, con escolaridad de secundaria terminada, trabaja de chofer. Paloma es la primera hija de la pareja:

Diagnóstico: Hidrocefalia congénita, neuroinfección, Atrofia cortical y subcortical.

Inspección del sistema nervioso central y órganos de los sentidos: No moviliza cabeza, movimientos normales de las extremidades, marcha no valorable.

***Entrevista con la madre:***

**Situación previa al nacimiento**

La madre nos comenta que Paloma fue un hijo esperado y planeado por ella y su marido, por lo que habían fincado grandes esperanzas con respecto a su nacimiento y desarrollo; sin embargo, las complicaciones no se hicieron esperar, ya que la madre sufrió de infección de condilomas que fueron quemadas.

**Embarazo.**

A los 7 meses tuvo un principio de aborto. Y la mantuvieron bajo tratamiento, hasta que finalmente a los 8 meses 15 días se tomó la decisión de que naciera la niña mediante cesárea.

**Nacimiento**

Este se realizó en medio hospitalario por cesárea, durante la operación se mantuvo despierta, y al nacer la niña solo se la enseñaron e inmediatamente se la llevaron a limpiar, a los treinta minutos le regresaron la niña, pero sólo la vio sin tocarla, ya que se encontraba sumamente agotada y adolorida, de esta forma se la colocaron al lado de la cama en una cunita, comenta que la niña lloró al nacer.

**Primeros días y semanas de vida.**

Al tercer día de nacida la niña comenzó con fiebre y convulsiones, por lo que el padre la llevó con el médico y este le diagnosticó meningitis, por lo que se decidió su internamiento durante 10 días, durante este periodo le realizaron una biopsia de médula. A los 18 días de nacida, se decide que sea trasladada al INP, ya que en este Instituto se tienen los recursos adecuados para tratar a la niña. En lo que se refiere a la alimentación, la madre comenta que a los pocos días de nacida, y con todos los sentimientos de tristeza despertados por la situación de la niña, y su internamiento en el Instituto, a ella se le fue la leche, por lo que le dan alimento de fórmula.

### ***Observación de las interacciones precoces***

#### **Desarrollo de las interacciones precoces.**

Al observar el desarrollo de las interacciones precoces entre Paloma y su madre encontramos que al inicio de las observaciones, en los aspectos afectivo y operacional, la madre se adecua a las necesidades de la niña en lo cualitativo y en lo cuantitativo, esto es, la madre al estar al cuidado de la niña, la acaricia frecuentemente, la besa y le habla constantemente, al darle de comer, establece el contacto ojo a ojo, la saca de la cuna, la carga, le coloca la mamila en forma que se acomoda a la niña, con lo que ésta recibe el alimento, durante la operación la madre mantiene su rostro cerca del de la niña y le habla constantemente, al terminar le acaricia todo el cuerpo, a excepción de la cabeza, después la cambia, y continúa con las caricias, los besos y las palabras tiernas, hasta que la niña se queda dormida, así mismo le realiza frecuentemente los ejercicios de rehabilitación y juega con ella.

Por su parte la niña responde a las caricias estando despierta y atenta, sigue a su madre con la mirada y establece el contacto ojo a ojo, además de estar atenta constantemente. Sin embargo, en este caso, a partir del día cinco de observaciones, (aunque al parecer se venía gestando desde el tercer día de observaciones) encontramos que la madre vivió un fuerte problema, el cual afectó en forma importante las interacciones. Esto es, la madre se observa deprimida y extremadamente ausente, por lo que únicamente practica sobre la niña los cuidados operativos, quedando a partir de ese momento totalmente anulados los cuidados afectivos. Ante ésta situación la niña responde con una fuerte depresión de su actividad, permaneciendo la mayor parte del tiempo dormida, además de estar irritable, así mismo, en el aspecto médico, la infección que padecía y que parecía estar respondiendo a los tratamientos, tuvo un importante repunte, agudizándose en forma por demás importante. Sin embargo, para los días octavo y noveno, la madre resolvió su problema, y restableció la calidad y cantidad de los cuidados afectivos sobre la niña, quien reaccionó con un notable cambio en su actividad y respuesta ante los estímulos, situación que podemos correlacionar con una mejor respuesta a los tratamientos, (algo que no sucedió mientras estaba deprimida) por lo que nuevamente la infección cedió.

#### **Pronóstico médico**

El pronóstico médico al ser egresada del INP es favorable, ya que no presenta indicios de infección neurológica y el SDVP, se encuentra funcionando adecuadamente, por lo que la presión intracraneal es normal.

#### **Pronóstico Psicológico**

El pronóstico psicológico es favorable, ya que la estimulación de la madre sobre la niña, es adecuada tanto desde el punto de vista operacional como afectivo, y si esto continúa desarrollándose de esta forma ya estando en casa, el desarrollo de la niña tiene un prometedor futuro.

### **Pronóstico global**

El pronóstico global es favorable, ya que la confluencia del buen pronóstico médico con el favorable pronóstico psicológico, es decir, de las interacciones precoces, se conjuntan para proporcionarnos los suficientes elementos como para poder pensar que Paloma, y gracias a las interacciones, va a potencializar su desarrollo en la medida de sus capacidades.

Finalmente podemos comentar que:

El caso de Paloma es por demás ilustrativo en lo que se refiere a la sensibilidad que tienen los niños muy pequeños con respecto a los cambios afectivos de sus madres, ya que como pudimos observar, la niña se deprimía afectivamente, a partir del cambio afectivo de su madre (depresión y distanciamiento de la niña) y que se sumaban a los elementos aportados por la infección, repercutiendo en su estado físico, además de que dejaba de comer, estaba irritable y permanecía casi todo el tiempo dormida, todo esto principalmente a partir de los problemas de su madre y del aumento en la infección. Y al mejorar el estado emocional de la madre, y cambiar su relación con la niña, los cambios positivos en ésta no se hicieron esperar, se observó mucho más reactiva y participativa, de mejor ánimo, aceptando mejor el alimento. Además de una notable mejora en el estado físico. Consideramos que esta mejora encontró otro de sus elementos de origen en que la niña mostró una mejor respuesta al tratamiento medicamentoso ya que la infección cedió considerablemente.

Ésta serie de datos se encuentran en correspondencia con nuestra hipótesis, donde señalamos la posible íntima relación entre las interacciones precoces, los estados afectivos, el sistema nervioso de los niños y su sistema inmunológico, es decir, la calidad de las interacciones ha mostrado ser un factor importante en el curso del desarrollo del estado anímico de los niños, en éste caso la mejora de Paloma. Y que se suma a los tratamientos médicos, donde la suma de estos diversos factores repercute en la mejora física del paciente. Por otra parte, también el caso de Paloma, se vio afectado por problemas con la familia política de la madre, donde ésta fue maltratada y agredida.

Para terminar este resumen de cada uno de los casos de nuestro estudio, podemos comentar que en todos los casos la cabeza resultó ser, en mayor o menor medida, el lugar no acariciado, no mirado y posiblemente de emplazamiento de lo siniestro, de lo no significativo por y para la madre. Es el lugar más cuidado en lo operativo y más descuidado en lo afectivo. Así mismo, encontramos que la información con respecto a la enfermedad, sus orígenes, su tratamiento y sus secuelas, es inexistente. También encontramos que en varios de los casos se suscitaron importantes problemas con los esposos y las familias de éstos, lo cual acarreó disarmonías y discontinuidades al interior de las interacciones entre las madres y los pacientes de nuestro estudio. Finalmente podemos señalar que más adelante, en el apartado 6.2, nos extenderemos en los rasgos comunes y el análisis general de los casos, así mismo, en el apartado 6.3 se analizarán los rasgos particulares que muestra cada uno de los pacientes.

A continuación, y siguiendo con la presentación de resultados que nos encontramos realizando, expondremos la cédula de procedimientos médicos, donde se indican tanto las

enfermedades como los tratamientos a que fueron sometidos los pacientes del estudio, así mismo se señalan las similitudes como las particularidades que en este aspecto mostraron.

### ***6.1.1 Cédula de procedimientos médicos.***

En esta cédula se muestran los padecimientos comunes que encontramos en los pacientes de nuestro estudio, en primera instancia y como condición obligada se señala que todos padecen hidrocefalia congénita, así mismo encontramos padecimientos íntimamente asociados con ésta, como es la dilatación ventricular, el mielomeningocele, el meningocele, así como la desproporción cráneo-facial. Por otra parte, se mencionan las complicaciones que han tenido los pacientes, como infecciones valvulares y ventriculares.

Finalmente, se señalan los procedimientos médicos que han sido practicados en los pacientes para curarlos. En este punto cabe resaltar la importante cantidad de cirugías a que han sido sometidos, es decir, un total de 25 cirugías exclusivamente al sistema nervioso central, (una media de 4 cirugías por paciente) aunque al ver la distribución de éstas, la situación cambia drásticamente ya que mientras Ángel y Ángela únicamente fueron sometidos a dos, Jesús lleva ocho, sin mencionar que todavía le falta otra para corregir el prolapso rectal que padece.

## Cédula de procedimientos médicos

	Ángela	Abril	Luis	Angel	Jesús	Paloma
<b>EDAD</b>	8 meses	6 meses	6 meses	3 meses	11 meses	6 meses
<b>SEXO</b>	F	F	M	M	M	F
<b>Enfermedades y padecimientos del Sistema Nervioso Central</b>						
Hidrocefalia Congénita	X	X	X	X	X	X
Dilatación ventricular		X	X	X	X	X
Desproporción cráneo facial	X	X		X	X	X
Dolicocefalia	X	X		X	X	X
Infección ventricular		X	X		X	X
Síndrome del sol naciente		X		X	X	
Infección valvular					X	X
Mielomeningocele	X	X	X			
Miembros inferiores sin movimiento e hipotónicos	X	X	X	X	X	
Tabicamiento		X	X			
Crisis convulsivas secundarias		X				X
Disgenesia cerebral						X
Quistes poroencefálicos bilaterales						X
Tumoración lumbar					X	
Disrafismo					X	
Vejiga neurogénica			X			
<b>Otras no relacionadas directamente con el Sistema Nervioso Central</b>						
Prolapso rectal		X			X	
Bronconeumonía intrahospitalaria		X			X	
Pie varo bilateral		X			X	
Hipotrofismo				X		
Pie en mecedora bilateral			X			
Síndrome diarreico		X				
Ependimitis ventricular		X				
Fusión vertebral T11 o T12			X			
Hemivértebra en T8			X			
Hepatomegalia			X			
Malformación intestinal			X			
Meningocele dorso-lumbar				X		
Hernia umbilical					X	
Acrocianosis						X
<b>Tratamientos</b>						
Colocación de SDVP	X	X	X	X	X	X
Retiro de SDVP por infección.		X	X		X	X
Número de cirugías para colocar y retirar SDVP	1	4	4	1	8	3
Plastia de mielomeningocele	X	X	X			
Plastia de meningocele				X		
Número de Cirugías al sistema nervios.	2	5	5	2	8	3
Antibióticos		X	X	X	X	
Alimentación por sonda		X	X		X	

Cuadro 2

Es así como podemos observar el importante número de padecimientos asociados con la hidrocefalia congénita que presentan los pacientes de nuestro estudio, además de los padecimientos indirectos que también muestran y que son de importancia, ya que algunos de éstos también requieren intervención quirúrgica o tratamientos de prolongada duración, con lo que el ya elevado número de cirugías y tratamientos a que son sometidos se incrementa sustancialmente.

En este punto cabe mencionar que a partir de nuestra experiencia en el departamento de Neurocirugía del INP, podemos indicar que los mencionados rasgos que ubicamos en los pacientes de este estudio se encuentran dentro del cuadro típico, es decir, usualmente en los pacientes del departamento se encuentran una importante gama de padecimientos asociados de importante envergadura, que complican en forma drástica el conjunto de tratamientos que requieren.

## 6.2 Indicadores de interacción.

En el presente apartado realizaremos un análisis de los indicadores de interacción registrados a lo largo de las observaciones, consideramos que esta serie de rasgos proporciona a nuestro estudio una perspectiva más completa de las interacciones precoces. Así mismo, cabe aclarar que por su relevancia y condición de ser no sólo documentados, sino también cuantificados y comparados, elegimos las siguientes interacciones entre el lactante y su madre.

a) En primera instancia se encuentra el tiempo que pasan juntos, ya que una cosa es el tiempo que el Instituto permite a los padres estar con sus hijos y otra muy distinta es el tiempo real que las madres permanecieron al lado de los niños. Es pertinente hacer la distinción entre estar juntos solamente, y estar interactuando. En este rubro, podemos señalar que en el INP las madres no pueden pasar la noche con los niños a menos que se trate de algún caso especial. En el estudio no se incluyó ninguno de estos casos, por lo que la hora de visita matutina se extiende desde las ocho de la mañana y llega hasta las dos de la tarde, en que se tienen que retirar, para después regresar de las cuatro de la tarde a las ocho de la noche, en que tienen que abandonar los ambientes en que se encuentran los niños internados. De esta forma la cantidad máxima que una madre puede permanecer al lado de su hijo es por la mañana y medio día de seis horas, y por la tarde de cuatro horas más, lo que nos da un total de diez horas diarias.

b) En segundo lugar, se encuentra la alimentación. Al respecto podemos comentar que en general cada niño recibe a lo largo del día cuatro comidas, la primera a las ocho treinta de la mañana, la segunda al medio día, la tercera a las cuatro de la tarde y la última a las siete treinta de la noche. Las cuatro comidas coinciden con los horarios de visita.

Tanto la dieta como las cantidades de alimento varían según cada paciente, sin embargo, en términos generales, los seis pacientes del estudio recibían leche con complementos en mamila, además de que se les daba también papilla. En lo que se refiere a las cantidades de alimento éstas varían según la dieta que se asigna de acuerdo con las especificaciones determinadas por el tratamiento de cada paciente, otro factor que influye en este aspecto es su edad, ya que no es igual para un lactante de tres meses que para uno de seis o uno de once (el alimento ingerido en mamila fue medido en onzas y el alimento sólido, en gramos). Por estos motivos hemos decidido señalar el rubro de la cantidad de alimento que ingiere cada paciente en porcentajes, tomando el total que se le asigna según la dieta como 100%, y de ahí indicar qué porcentaje ingiere en cada comida.

Así mismo, también consideramos el contacto ojo a ojo entre el paciente y su madre, y aunque este factor lo analizamos en forma mucho más extensa en la tercera sección de este mismo apartado, podemos mencionarlo aquí como elemento de relevancia para las interacciones, donde se considera como contacto ojo a ojo el encuentro entre las miradas de la madre y el niño, a una distancia de entre diez a treinta centímetros, dentro del campo visual de ambos, y con una duración superior a los 5 (cinco) segundos. Ya que usualmente estos contactos se alternan con desviaciones de la mirada o cierre de los ojos por parte del niño, ya que como mencionamos en el marco teórico, el niño requiere

descansar del exceso de estímulo, activando lo que denominamos la protección al exceso de estímulo.

c) En tercer lugar, encontramos el tiempo que los pacientes pasan despiertos y dispuestos a la interacción, ya que un factor que consideramos como sintomático de depresión y aislamiento es precisamente cuando el estado de sueño prevalece por periodos muy prolongados, (generado este por la confluencia de diversos factores como son: la infección, los tratamientos “cirugía”, el aumento de la presión intracraneal, y la falta de estimulación por parte de la madre) como pudimos registrar en algunos de los casos, donde estos periodos se extendían a casi la totalidad del día y de la noche. Mientras que el estado despierto y alerta parece ser no sólo la disposición para la interacción, sino también una invitación a la madre para que interactúe con el niño. Cabe aclarar que las cantidades de tiempo registradas se refieren a las nueve horas que dedicamos a la observación, de diez que, por reglamento interno del INP, las madres pueden permanecer al lado de los niños.

d) Finalmente tenemos el cuarto factor del análisis, éste se refiere a la infección que los niños padecían, y como ésta mostró fluctuaciones. En este sentido cabe mencionar que los datos de la evolución de la infección son proporcionados por el laboratorio del Instituto a partir de las tomas de muestras que se practican a los pacientes, donde la existencia infección y su respuesta a los tratamientos se determina a partir de una serie de factores, entre los que podemos considerar como más importantes la hipertermia (fiebre), y en las muestras de líquido, la existencia de más de diez células, la existencia de más de 10 leucocitos, la baja de glucosa y el aumento de sodio entre otros.<sup>1</sup>

Cabe mencionar que en primer lugar aparece el análisis de los citados elementos para cada uno de los pacientes, y después se procede a relacionarlos entre sí.

---

<sup>1</sup> Así mismo, debemos indicar que en medicina no se habla de un aumento de infección, sino más bien que ésta se hace más agresiva, es decir, que no está respondiendo a los medicamentos, o por el contrario que está respondiendo adecuadamente al tratamiento ya que los índices de los factores antes mencionados se sitúan en los parámetros de normalidad, tales conclusiones se desprenden de las variaciones de los factores antes mencionados. Sin embargo, para fines prácticos y en forma arbitraria hemos decidido denominar al aumento de éstos factores (células, leucocitos, sodio, fiebre y glucosa) como aumento de la infección, y a la respuesta a los tratamientos, detectada a partir del restablecimiento de los parámetros normales en los mencionados factores, disminución de la infección.

**Caso 1. Ángela.****Edad: 8 meses****Sexo: f**

En lo referente al tiempo que la madre pasa con la niña encontramos que de las nueve horas diarias que registramos en que la madre podía permanecer al lado de la niña ésta pasa habitualmente 2 hrs. diarias, con límite máximo de 4 hrs. 1 min. y límite mínimo de 1 hr. 5 min., es decir 8.66% del tiempo que pueden permanecer juntas diariamente (10 hrs.). Así mismo podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuó sobre la niña habitualmente fue de 40 minutos diarios, es decir el 33.33% del promedio de tiempo diario que pasó en el ambiente durante las observaciones, y 8.62% del promedio del tiempo total (10 horas) que pudo interactuar diariamente con la niña. Donde la distribución por día de observación fue de la siguiente manera:

Día de observación	Tiempo total que pasaron juntas.	Nº de minutos de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntas.
Primero	1 hr. 5 min.	54 min.	8.9%
Segundo	2 hrs. 56 min.	30 min.	4.9%
Tercero	4 hrs. 1 min.	65 min.	10.8%
Cuarto	3 hrs. 1 min.	38 min.	6.3%
Quinto	2 hrs 25 min.	45 min.	7.5%
Sexto	1 hr. 36 min.	48 min.	7.9%
Séptimo	2 hrs. 47 min.	95 min.	15.8%
Octavo	1 hr. 16 min.	50 min.	8.3%
Noveno	2 hrs. 19 min.	43 min.	7.2%

Cuadro 3.1

Como se observa la cantidad de tiempo real que pasan juntas en interacción se encuentra sumamente alejada de la cantidad de tiempo potencial que podrían interactuar, esta situación se debe a que la madre permanece una reducida cantidad de tiempo en el Instituto, y aún durante el día tercero, en que permanece una mayor cantidad de tiempo que durante el resto de los días, el tiempo de interacción con la niña continúa siendo sumamente escaso. De ésta forma encontramos que el día en que encontramos una mayor cantidad de interacción es el séptimo, sin embargo la cantidad no garantiza la calidad de interacción, situación que analizaremos más adelante.

En lo que se refiere a la alimentación, encontramos los siguientes datos: Total de sesiones de alimentación que observamos, (36), el número de sesiones que la madre realizó esta actividad fue de (12), es decir el 33.33% del total de sesiones que observamos, situación que provoca que sea una enfermera quien realiza las demás sesiones de alimentación (24) en total, por lo que decidimos realizar en este caso en especial una sección en la tabla específica para las sesiones de alimentación de la niña con la enfermera.

En este mismo sentido, encontramos que la cantidad de alimento que la niña ingirió en promedio fue de 74.25%. Aquí resulta interesante mencionar que mientras que con la madre en promedio fue de 47.66%, con la enfermera fue de 87.27%, lo que nos indica una respuesta y una calidad de interacción notoriamente mejor con esta última. En este aspecto podemos agregar la cantidad de tiempo invertida en la actividad, donde la madre utiliza en promedio 27 minutos, mientras que la enfermera dedica 37 minutos. De esta

forma, encontramos que la cantidad de alimento proporcionada por la madre es sumamente inferior a la proporcionada por la enfermera, lo que se observa claramente en la siguiente tabla:

Día de observación	Número de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias	Contacto ojo a ojo con la madre, frecuencia y duración de éstas.	Promedio de cantidad de alimento que aceptó con la madre, sobre promedio de tiempo	Promedio de cantidad de alimento que aceptó con la enfermera, sobre promedio de tiempo	Porcentaje que aceptó durante el día.
Primero	2	No se presentó	37% en 17 min.	57.5% en 30 min.	47.3%
Segundo	1	No se presentó	50% en 20 min.	70% en 37 min.	65.0%
Tercero	2	No se presentó	37% en 21 min.	90% en 41 min.	63.5%
Cuarto	1	No se presentó	35% en 25 min.	95% en 40 min.	80.0%
Quinto	1	No se presentó	40% en 30 min.	95% en 35 min.	81.5%
Sexto	1	No se presentó	55% en 32 min.	98% en 32 min.	87.3%
Séptimo	2	No se presentó	50% en 35 min.	90% en 40 min.	70.0%
Octavo	1	No se presentó	60% en 37 min.	94% en 40 min.	85.5%
Noveno	1	No se presentó	65% en 30 min.	96% en 38 min.	88.3%

Cuadro 3.2

Finalmente, podemos comentar que en ninguna de las sesiones de alimentación se ubicó el contacto ojo a ojo, lo que nos habla de cierta pobreza en las interacciones, ya que estamos hablando de una niña que carece de infección, y con la capacidad visual dentro de parámetros normales.

Por otra parte, en lo referente a la cantidad de tiempo que la niña pasa despierta durante las observaciones encontramos la siguiente distribución por día:

Día de observación	Tiempo que pasa despierta	% del tiempo de observaciones	Tiempo que pasa dormida	% del tiempo de observaciones
Primero	2hrs. 28 min.	27%	6 hrs. 32 min.	73%
Segundo	3 hrs. 15 min.	36%	5 hrs. 45 min.	64%
Tercero	3 hrs. 7 min.	35%	5 hrs. 53 min.	65%
Cuarto	3 hrs 41 min.	41%	5 hrs. 19 min.	59%
Quinto	3 hrs 25 min.	38%	5 hrs. 35 min.	62%
Sexto	3 hrs 15 min.	36%	5 hrs 45 min.	64%
Séptimo	3 hrs. 38 min.	40%	5 hrs. 22 min.	60%
Octavo	3 hrs. 50 min.	43%	5 hrs 10 min.	57%
Noveno	3 hrs. 48 min.	42%	5 hrs. 12 min.	58%

Cuadro 3.3

Estos datos, se refieren únicamente a los periodos en que realizamos las observaciones de las interacciones, sin embargo, podemos agregar como dato relevante, el que el equipo de enfermería nos reportara que la niña permanecía dormida durante toda la noche sin despertar, por lo que el tiempo de sueño se extiende en forma relevante, ya que la niña pasa en promedio un total de 18 hrs. 12 min. diarios dormida, y únicamente permanece despierta 5 hrs. 48 min., tiempo en que es alimentada, cambiada, bañada o sometida a análisis. Es decir únicamente con la enfermera se le ve dispuesta a interactuar en forma relativamente activa.

Para terminar, en lo referente a la infección encontramos que la niña no presentó ningún indicio de infección, a lo largo de todo el tiempo de observaciones y hasta su egreso del INP, a diferencia de otros de los pacientes del estudio, donde se presentaban importantes indicios de infección, y aun bajo estas circunstancias su actividad y capacidad de interacción resultó ser mucho mayor, lo que nos señala que probablemente la niña se encuentra en este estado debido a la falta de estimulación en un mayor grado, y que se suma a los factores de índole somático en un menor grado, aunque no descartamos la influencia de éstos elementos en el desarrollo y estado de la niña, cabe señalar que la niña permaneció hospitalizada por que se consideró que requería un periodo de observación.

## Caso 2. Abril.

**Edad: 6 meses**

**Sexo: f**

En lo referente al tiempo que la madre pasa con la niña encontramos que aquella pasa usualmente un poco más de cuatro horas diarias con su hija, con límite máximo de 10 hrs. (en dos ocasiones), es decir, 40% del tiempo que pueden permanecer juntas diariamente (10 hrs.). Así mismo, podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuó sobre la niña fue habitualmente de tres horas diarias, es decir el 75% del promedio de tiempo diario que pasó en el ambiente durante las observaciones, y un promedio de 40.8% del tiempo total (10 horas) que pudo interactuar diariamente con la niña. Donde la distribución por día de observación fue de la siguiente manera:

Día de observación	Tiempo total que pasaron juntas.	Nº de minutos de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntas.
Primero	10 hrs.	6 hrs. 38 min.	66.3%
Segundo	10 hrs.	6 hrs. 58 min.	69.6%
Tercero	4 hrs. 13 min.	3 hrs. 17 min.	32.8%
Cuarto	4 hrs. 21 min.	3 hrs. 45 min.	37.5%
Quinto	5 hrs. 25 min.	3 hrs. 13 min.	32.2%
Sexto	4 hrs. 51 min.	3 hrs. 30 min.	34.9%
Séptimo	5 hrs. 25 min.	2 hrs. 36 min.	25.9%
Octavo	7 hrs. 25 min.	3 hrs. 45 min.	37.5%
Noveno	7 hrs.	3 hrs. 3 min.	30.5%

Cuadro 4.1

Como se observa en la tabla, los dos primeros días de observación, la madre pasa la totalidad del tiempo que el Instituto le permite al lado de la niña, sin embargo se registra un importante detrimento de esta compañía a partir del día tres y hasta el séptimo día, situación que se debió a que los otros hijos y el esposo le demandaban mayor cantidad de tiempo y atención. Consideramos que, por una parte la falta de actividad e interacción con la madre y por otra la infección que la niña padecía, comenzaron a deteriorar su condición en diferentes aspectos, ya que permanencia más tiempo somnolienta o dormida e irritable ante los estímulos externos, por lo que la madre decidió pasar más tiempo a su lado, situación que se observa en los dos últimos días de observación.

En lo referente a la alimentación, encontramos los siguientes datos: del total de sesiones de alimentación que observamos (36), la madre realizó esta actividad 24, es decir el

66.66%, (2/3), del total de sesiones que observamos. Así mismo encontramos que la cantidad de alimento que la niña ingirió en promedio durante las observaciones fue de 45.11%. En este elemento podemos agregar que el tiempo invertido en la actividad, fue en promedio de 45 minutos, y la frecuencia del contacto ojo a ojo, fue la que se muestra a continuación:

Día de observación	Número de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias	Contacto ojo a ojo, frecuencia y duración de éstas.	Promedio de tiempo invertido en la alimentación	% de la cantidad de alimento que aceptó con la madre en promedio durante el día.
Primero	4	11/6/1	60 min.	75%
Segundo	4	10/5/5	40 min.	78%
Tercero	2	4/7/1	45 min.	70%
Cuarto	2	No se presenta	65 min.	47%
Quinto	2	No se presenta	43 min.	30%
Sexto	2	No se presenta	48 min.	37%
Séptimo	2	No se presenta	41 min.	20%
Octavo	3	No se presenta	38 min.	28%
Noveno	3	No se presenta	32 min.	21%

Cuadro 4.2

En el renglón del contacto ojo a ojo, nos estamos refiriendo a una frecuencia de 11 veces en promedio durante las sesiones de alimentación del día, con latencia entre contacto ojo a ojo de 6 minutos, y con una duración cada periodo en promedio de contacto ojo a ojo de 1 minuto.

En este cuadro podemos observar cierta correlación con el anterior, es decir, mientras la madre permaneció una mayor cantidad de tiempo al lado de la niña, (días uno y dos) la cantidad de alimento ingerido por la niña fue superior al 70%, además de la presencia del contacto ojo a ojo. Y al disminuir la compañía de la madre al lado de la niña, aunado a la presencia de la infección, a partir del tercer día, disminuyó también en forma considerable la cantidad de alimento aceptado por la niña, además de que desapareció el contacto ojo a ojo. Finalmente, encontramos que, a pesar de que la madre aumento su estancia al lado de la niña a partir del octavo día, la respuesta de la niña no se observó, y la cantidad de alimento continuó siendo bastante pobre en comparación a los primeros días, consideramos que la presencia y aumento de infección resulto ser un factor determinante en esta falta de respuesta de la niña.

En lo referente a la cantidad de tiempo que la niña pasa despierta durante las observaciones encontramos la siguiente distribución por día:

Día de observación	Tiempo que pasa despierta	% del tiempo de observaciones	Tiempo que pasa dormida	% del tiempo de observaciones
Primero	6 hrs. 7 min.	67.8%	2 hrs. 54 min.	32.2%
Segundo	7 hrs. 2 min.	78.1%	1 hr. 58 min.	21.9%
Tercero	5 hrs. 22 min.	59.6%	3 hrs. 38 min.	40.4%
Cuarto	6 hrs. 10 min.	68.5%	2 hrs. 50 min.	31.5%
Quinto	5 hrs. 12 min.	57.8%	3 hrs. 48 min.	42.2%
Sexto	5 hrs. 5 min.	56.5%	3 hrs. 55 min.	43.5%
Séptimo	5 hrs. 12 min.	57.8%	3 hrs. 48 min.	42.2%
Octavo	4 hrs. 27 min.	49.5%	4 hrs. 33 min.	50.5%
Noveno	4 hrs. 19 min.	48%	4 hrs. 41 min.	52%

Cuadro 4.3

En esta tabla, también encontramos una correlación con las anteriores, ya que la cantidad de tiempo que permanecía despierta, fue decreciendo, a partir del tercer día en comparación con los dos primeros, y aunque se observa un repunte del estado despierto durante el cuarto día, la cantidad de este estado continuó su descenso en favor de los periodos de sueño a partir del día quinto, y encontrando su punto más bajo durante el último día de observaciones, situación que atribuimos a la confluencia de diversos factores, como es el incremento de la infección, y las discontinuidades en las interacciones.

Finalmente en lo que se refiere a la infección encontramos los siguientes datos.

Día de observación	Signos de existencia de infección al iniciar las observaciones	Signos de infección	Existencia de signos de infección al terminar las observaciones
Primero	Presentes	+	Si
Segundo	Presentes	+	Si
Tercero	Presentes	=	Si
Cuarto	Presentes	=	Si
Quinto	Presentes	=	Si
Sexto	Presentes	+	Si
Séptimo	Presentes	=	Si
Octavo	Presentes	+	Si
Noveno	Presentes	+	Si

Cuadro 4.4

En lo que se refiere a los signos de infección, marcamos con un signo (+) cuando los signos aumentan, con un signo (-) cuando disminuyen, y con un signo (=) cuando se mantienen sin cambio al día anterior.

Como se observa en la tabla, a pesar de los diferentes tratamientos a que fue sometida la niña durante el periodo de observaciones, los datos de infección no mostraron ninguna mejoría, donde en el mejor de los casos permanecieron estables durante los días tercero, cuarto y quinto, mostrando un repunte el sexto día, y otro más durante los dos últimos días de observación, consideramos que este resultó ser otro importante factor que contribuyó en forma determinante tanto en la alimentación como en los prolongados estados de sueño de la niña. Así mismo consideramos que éste importante factor probablemente entró en correlación con la falta de estimulación por parte de la madre, donde los efectos de la infección generaban una importante depresión en la actividad de niña, y si a esto se le suma la falta de estimulación a partir de las interacciones, resulta muy probable que sean factores que agudicen la mencionada depresión, que se traduce en irritabilidad y una importante falta de actividad y de estados despiertos, como lo señalan en sus estudios, Gutton (1987), Kreisler (1978) y Levovici (1988).

### Caso 3. Luis.

Edad: 6 meses

Sexo: m

En lo referente al tiempo que la madre pasa con el niño encontramos que tuvieron un límite máximo de 9 hrs. 40 min. y un límite mínimo de 2 hrs. 25 min. Donde al principio de las observaciones resultaron ser alrededor de nueve horas diarias, es decir 90% del tiempo que pueden permanecer juntos diariamente (10 hrs.). mientras que durante los días sexto y séptimo disminuyeron a 2 horas y media, para finalmente durante los dos últimos

días de observación pasar a ser entre siete y tres cuartos horas y ocho y media horas. Así mismo podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuó sobre el niño usualmente fue de seis horas diarias al principio de las observaciones, después sufrió una disminución a cinco horas, para finalmente volver a disminuir a tres horas diarias, pasando un promedio de interacción de 39.78% del tiempo total (10 horas) que pudo interactuar diariamente con el niño.

Donde la distribución por día de observación fue de la siguiente forma:

Día de observación	Tiempo total que pasaron juntos.	Tiempo de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntos.
Primero	8 hrs. 40 min.	6 hrs.10 min.	61.6%
Segundo	9 hrs 35 min.	6 hrs.	59.9%
Tercero	9 hrs. 18 min.	5 hrs. 20 min	53.3%
Cuarto	9 hrs. 40 min.	5 hrs. 45 min.	57.5%
Quinto	7 hrs. 15 min.	2 hrs. 45 min.	27.5%
Sexto	2 hrs. 25 min.	1 hr. 18 min.	12.9%
Séptimo	2 hrs 35 min.	48 min.	7.9%
Octavo	8 hrs 25 min.	3 hrs. 50 min.	38.3%
Noveno	7 hrs. 45 min.	3 hrs. 55 min.	39.2%

Cuadro 5.1

Como se observa en la tabla, la presencia de la madre al lado del niño durante los cuatro primeros días se mantuvo dentro de las nueve horas, con una interacción de entre cinco y seis horas diarias, sin embargo a partir del quinto día, y debido a que el resto de la familia demandaba la atención de la madre, tanto las horas de estancia como de interacción decrecieron en forma importante, y únicamente durante los dos últimos días, la madre restableció su permanencia al lado del niño, sin embargo, la cantidad de interacción no recuperó las cantidades registradas durante los primeros días de observación.

Por otra parte, de las (36) sesiones de alimentación que observamos, la madre realizó esta actividad en 28 ocasiones, es decir el 77.77%. Así mismo encontramos que la cantidad de alimento que el niño ingirió en promedio durante las observaciones fue de 75.55%. En este aspecto podemos comentar que la cantidad de tiempo invertida en la actividad fue en promedio de 50.88 minutos, y la frecuencia del contacto ojo a ojo, fue la que se muestra a continuación:

Día de observación	Número de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias	Contacto ojo a ojo, frecuencia y duración de éstas.	Promedio de tiempo invertido en cada sesión de alimentación	% de la cantidad de alimento que aceptó con la madre en promedio durante el día.
Primero	4	13/1.2/4.3	55 min.	87%
Segundo	4	16/1.4/3.8	50 min.	80%
Tercero	4	No se presenta	70 min.	60%
Cuarto	4	14/1/4.8	50 min.	90%
Quinto	3	18/1.3/2.4	45 min.	95%
Sexto	1	5/1/6.5	58 min.	92%
Séptimo	1	No se presenta	25 min.	35%
Octavo	4	No se presenta	50 min.	65%
Noveno	3	8/1/5.5	55 min.	76%

Cuadro 5.2

En el renglón del contacto ojo a ojo, nos estamos refiriendo a una frecuencia de 13 veces en promedio durante las sesiones de alimentación del día, con latencia entre contacto ojo a ojo de 1.2 minutos, y con una duración cada periodo en promedio de contacto ojo a ojo de 4.3 minutos.

En esta tabla encontramos que las sesiones de alimentación con la madre disminuyeron considerablemente con el hecho de que ella permanecía menos tiempo en el Instituto, sin embargo la cantidad de alimento aceptada por el niño no disminuyó hasta el séptimo día, para después mostrar una recuperación durante los días ocho y nueve de las observaciones, donde fue otra vez la madre quien realizó las actividades de alimentación, aunque consideramos que la disminución en la aceptación del alimento durante el séptimo día se debió a la confluencia de diversos factores, como son, el aumento en la infección, ciertos procedimientos médicos realizados durante ese mismo día, y la falta de estimulación y compañía de la madre, aunque probablemente a pesar de que esta hubiese estado presente, el niño hubiera mostrado este estado.

En lo referente a la cantidad de tiempo que el niño pasa despierto durante las observaciones encontramos la siguiente distribución por día:

Día de observación	Tiempo que pasa despierto	% del tiempo de observaciones	Tiempo que pasa dormido	% del tiempo de observaciones
Primero	6 hrs. 30 min.	72.3%	2 hrs. 30 min.	27.7%
Segundo	7 hrs. 15 min.	80.6%	1 hr. 45 min.	19.4%
Tercero	5 hrs. 15 min.	58.4%	3 hrs 45 min.	41.6%
Cuarto	6 hrs. 5 min.	67.6%	2 hrs. 55 min.	32.4%
Quinto	5 hrs. 50 min.	64.9%	3 hrs. 10 min.	35.1%
Sexto	4 hrs. 32 min.	50.4%	4hrs. 28 min.	49.6%
Séptimo	1 hr. 50 min.	20.4%	7hrs. 10 min.	79.6%
Octavo	4 hrs.	44.5%	5 hrs.	55.5%
Noveno	4 hrs. 15 min.	47.3%	4 hrs. 45 min.	52.7%

Cuadro 5.3

Es preciso mencionar que las variaciones presentadas durante el tercer día, donde se observa un detrimento en la actividad del niño, y en la cantidad de alimento que aceptó se debieron en gran medida a que la colección de líquido había aumentado considerablemente, por lo que ese mismo día por la noche fue sometido a cirugía donde se retiró la colección, con lo que disminuyó considerablemente la PIC, lo que se refleja en la importante recuperación que muestra en los datos del cuarto día. Por otra parte, a partir del quinto día, y hasta el séptimo, el niño presenta una progresiva disminución en la actividad, consideramos que se relaciona con el aumento en la infección, ciertos tratamientos médicos y el aumento en la presión del líquido, (sobre todo durante el séptimo día) además de que la madre, cada vez pasaba menos tiempo en su compañía.

Como se acaba de mencionar, a partir del séptimo día de observación, el líquido volvió a mostrar indicios de aumento en la intensidad de la infección, lo que contribuyó al deterioro en la cantidad de actividad del niño, y que consideramos se sumó a la menor cantidad de tiempo que la madre permaneció a su lado.

El estado de hipoactividad del niño mostró un ligero cambio durante los días octavo y noveno de observación, aunque no podemos considerarlo como una franca disposición para la interacción, además de que se encontraba irritable, en este caso consideramos que esta ligera mejoría se debió, entre otros elementos, a los tratamientos médicos que se le estaban practicando, así como a que la madre procuró pasar más tiempo a su lado, sin

embargo, la infección continuaba incrementándose, como se observa en la tabla inmediata.

Finalmente en lo que se refiere a la infección encontramos los siguientes datos.

Día de observación	Signos de existencia de infección al iniciar las observaciones	Signos de infección	Existencia de signos de infección al terminar las observaciones
Primero	Presentes	+	Sí
Segundo	Presentes	=	Sí
Tercero	Presentes	+	Sí
Cuarto	Presentes	-	Sí
Quinto	Presentes	=	Sí
Sexto	Presentes	+	Sí
Séptimo	Presentes	+	Sí
Octavo	Presentes	+	Sí
Noveno	Presentes	+	Sí

Cuadro 5.4

En lo que se refiere a los signos de infección, marcamos con un signo (+) cuando los signos aumentan, con un signo (-) cuando disminuyen, y con un signo (=) cuando se mantienen sin cambio al día anterior.

Como se puede observar en la tabla, en este caso encontramos la constante presencia de signos de infección, y con la excepción del día cuarto en que gracias al cambio de tratamiento y a la cirugía practicada durante el tercer día de observaciones, los datos mostraron una ligera disminución en los signos de infección, ésta ha mostrado un constante avance.

#### **Caso 4. Angel.**

**Edad: 3 meses**

**Sexo: m**

En principio, podemos señalar que este fue el único caso en que ambos padres se encontraban al cuidado del niño, manteniendo una vigilancia constante, aunque alternada, ya que los reglamentos del Instituto únicamente permiten que sea un solo familiar por vez el que se encuentre en compañía del paciente. Es así como Angel constantemente se encontró al cuidado de alguno de sus padres durante las horas de visita, cabe mencionar que ambos padres lo estimulaban, aunque existieron relevantes variaciones en el estilo de las interacciones entre uno y otro, variaciones que comentaremos en otro apartado.

Con respecto al tiempo que la madre pasó con el niño, encontramos que ésta permaneció usualmente cinco horas diarias, con límite máximo de 7 hrs. 45 min. y límite mínimo de 5 hrs. 25 min. es decir 49.99% del tiempo que pueden permanecer juntos diariamente (10 hrs.). Así mismo podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuó sobre el niño habitualmente fue de cuatro horas diarias, es decir el 80% del promedio de tiempo diario que pasó en el ambiente durante las observaciones, y 40.42% en promedio del tiempo total (10 horas) que pudo interactuar diariamente con el niño.

En este caso es importante señalar que el tiempo que la madre no estuvo al lado del niño se debió a que era el padre quien estaba con Angel, es decir, el padre pasó las otras cinco horas con el niño, generando también actividades de interacción, con su propio estilo,

frecuencia, cantidad y calidad, mientras que la madre espera en la planta baja del Instituto, por lo que Angel resultó ser el paciente de nuestro estudio con mayor cantidad de estimulación. Donde la distribución por día de observación fue de la siguiente manera:

Día de observación	Tiempo total en minutos que pasaron juntos la madre y el niño.	Nº de minutos de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntos.
Primero	7 hrs. 22 min	3 hrs. 28 min.	34.6%
Segundo	5 hrs. 25 min.	3 hrs. 20 min.	33.3%
Tercero	4 hrs.	1 hr. 55 min.	19.2%
Cuarto	7 hrs. 45 min.	4 hrs. 25 min.	44.2%
Quinto	5 hrs. 48 min.	4 hrs. 15 min.	42.5%
Sexto	5 hrs. 55 min.	4 hrs. 50 min.	48.3%
Séptimo	5 hrs. 45 min.	4 hrs. 38 min.	46.3%
Octavo	5 hrs. 50 min.	4 hrs. 45 min.	47.5%
Noveno	5 hrs. 30 min.	4 hrs. 48 min.	47.9%

Cuadro 6.1

Como se observa en la tabla, y con la aclaración previa de que el padre permanecía al lado del niño en los momentos en que la madre no estaba con él, encontramos que Angel permaneció constantemente al cuidado de uno de sus padres, con lo que resultó ser el paciente con mayor cantidad de estímulos e interacciones de nuestro estudio, situación que consideramos, resulto a la postre ser sumamente positiva para el desarrollo del niño.

En otro sentido, de las (36) sesiones de alimentación que presenciamos, la madre realizó esta actividad en (27) ocasiones, es decir el 74.99% del total de sesiones que observamos, mientras que fue el padre quien realizó las otras (9) sesiones de alimentación (25.01%). Así mismo encontramos que la cantidad de alimento que el niño ingirió en promedio durante las observaciones fue de 92.22%. En este aspecto podemos agregar la cantidad de tiempo invertida en la actividad, fue en promedio de 56.66 minutos, y la frecuencia del contacto ojo a ojo, fue como se muestra a continuación:

Día de observación	Número de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias	Contacto ojo a ojo, frecuencia y duración de éstas.	Promedio de tiempo invertido en la alimentación	% de la cantidad de alimento que aceptó con la madre en promedio durante el día.
Primero	3	17/1.2/2.3	45 min.	98%
Segundo	3	20/1.2/1.3	55 min.	81%
Tercero	2	15/1/1.3	41 min.	94%
Cuarto	3	18/1.2/2.3	75 min.	75%
Quinto	3	21/1/2.8	60 min.	94%
Sexto	3	23/55 seg/1.5	65 min.	98%
Séptimo	3	20/1/1.8	61 min.	100%
Octavo	3	16/1/1.5	48 min.	92%
Noveno	3	20/1.2/1.3	60 min.	98%

Cuadro 6.2

En el renglón del contacto ojo a ojo, nos estamos refiriendo a una frecuencia de 17 veces en promedio durante las sesiones de alimentación del día, con latencia entre contacto ojo a ojo de 1.2 minutos, y con una duración cada periodo en promedio de contacto ojo a ojo de 2.3 minutos.

Cabe aclarar que en las sesiones de alimentación que fueron realizadas por el padre, no se observó el contacto ojo a ojo, ya que el padre no le dirigía la mirada al niño, mientras que por su parte el niño, o cerraba los ojos o miraba al horizonte, sin intentar tampoco de

establecer el contacto. Por otra parte podemos mencionar que a partir del cuarto día se le cambió la dieta al niño, como parte del tratamiento posquirúrgico, con lo que la cantidad ingerida resultó ser menor, además de que le llevó más tiempo esta operación, sin embargo, para el quinto día así como durante el resto de las observaciones, se restablecieron tanto la cantidad de alimento como el tiempo invertido en la alimentación.

En lo referente a la cantidad de tiempo que el niño pasó despierto durante las observaciones encontramos la siguiente distribución por día:

Día de observación	Tiempo que pasa despierto	% del tiempo de observaciones	Tiempo que pasa dormido	% del tiempo de observaciones
Primero	4 hrs. 6 min.	45.6%	4 hrs. 54 min.	54.4%
Segundo	4 hrs. 13 min.	46.9%	4 hrs. 47 min.	53.1%
Tercero	6 hrs. 30 min.	72.3%	2hrs. 30 min.	27.7%
Cuarto	6 hrs. 55 min.	76.9%	2 hrs. 5 min.	23.1%
Quinto	7 hrs. 26 min.	82.6%	1 hr. 34 min.	17.4%
Sexto	7 hrs. 5 min.	78.7%	1 hr. 55 min.	21.3%
Séptimo	7 hrs. 40 min.	85.2%	1 hr. 20 min.	14.8%
Octavo	7 hrs. 36 min.	84.4%	1 hr. 24 min.	15.6%
Noveno	7 hrs. 22 min.	81.9%	1 hr. 38 min.	18.1%

Cuadro 6.3

Como se observa en la tabla, las horas de vigilia fueron aumentando con el paso de los días en forma considerable, consideramos que esta situación se debió a diversos factores, entre los que contamos como más relevantes, la progresiva recuperación del niño a partir de las cirugías que se le practicaron durante el segundo día de observaciones, a la ausencia de infección, el funcionamiento adecuado del SDVP que fue colocado, como mencionamos, durante el segundo día de observaciones, y gracias a esto la presión intracraneal (PIC) dentro de los parámetros normales, y finalmente una adecuada cantidad y calidad de interacciones, proporcionadas, como mencionamos anteriormente por sus dos padres, cada uno con su propio estilo y ritmo de interacción.

Finalmente, en lo referente a la infección, encontramos que el niño no presentó ningún indicio a lo largo de todo el tiempo de observaciones y hasta su egreso del INP.

### **Caso 5. Jesús.**

**Edad: 11 meses**

**Sexo: m**

En lo referente al tiempo que la madre pasa con el niño encontramos ésta pasa en general nueve horas diarias, con límite máximo de 9 hrs. 55 min. y límite mínimo de 5 hrs. 45 min. es decir 89.99% del tiempo que pueden permanecer juntos diariamente (10 hrs.). Así mismo podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuó sobre él fue habitualmente de 4 horas diarias, es decir el 44.44% del promedio de tiempo diario que pasó en el ambiente durante las observaciones, y 41.81% en promedio del tiempo total (10 horas) que pudo interactuar diariamente con el niño. Donde la distribución por día de observación fue de la siguiente manera:

Día de observación	Tiempo total en minutos que pasaron juntos.	Nº de minutos de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntos.
Primero	9 hrs. 45 min.	3hrs. 7 min.	31.2%
Segundo	9 hrs. 50 min.	4 hrs.	39.9%
Tercero	9 hrs. 30 min.	3 hrs. 48 min.	37.9%
Cuarto	9 hrs. 55 min.	4 hrs. 10 min.	41.6%
Quinto	5 hrs 45 min.	2 hrs. 5 min.	20.8%
Sexto	9 hrs. 15 min.	4 hrs. 31 min.	45.2%
Séptimo	9 hrs. 48 min.	4 hrs. 45 min.	47.5%
Octavo	7 hrs. 56 min.	5 hrs. 33 min.	55.5%
Noveno	8 hrs. 15 min.	5 hrs. 40 min.	56.7%

Cuadro 7.1

Cabe mencionar que a pesar de la interacción realizada con el niño, gran parte del tiempo éste se mantiene en un estado somnoliento. Dicha situación se desarrolló durante los cinco primeros días, y cambió a una actitud más despierta y participativa a partir del día seis, que consideramos se correlaciona con la disminución de la infección, que se viene desarrollando desde el quinto día de observación.

Durante el segundo día de observación, el tiempo de interacción se incrementa debido a la rehabilitación que la madre realiza sobre el niño, aunque éste se encuentra en un estado somnoliento, situación que se preservó durante los días tercero y cuarto de observación.

El día quinto, la madre sale a efectuar algunas compras por la mañana, por lo que su estancia e interacción con el niño es menor, por lo que es una enfermera quien le suministra la comida del medio día.

Durante las observaciones de los cinco primeros días la madre se mostró sumamente cansada y deprimida, por lo que su estimulación tampoco fue muy activa, además de que cuando el niño se encontraba dormido ella también se quedaba dormida, estando sentada al lado de la cuna, y únicamente con la sustancial mejora médica del niño a partir del quinto día de observaciones, y la noticia de que pronto sería dado de alta durante el sexto día de observaciones, la madre mostró también una sustancial mejora en su estado de ánimo y por ende de disposición para las interacciones.

A partir del octavo día el estado de ánimo de la madre continúa mejorando sustancialmente, así como la calidad de su interacción sobre el niño. Durante el octavo y noveno días disminuyó la cantidad de tiempo que la madre permaneció al lado del niño, debido a que estuvo realizando una serie de trámites para el egreso del Instituto.

En otro sentido, en lo que se refiere a la alimentación, de las (36) sesiones que observamos, la madre realizó esta actividad en (35) ocasiones, es decir el 97.22%. Así mismo encontramos que la cantidad de alimento que el niño ingirió en promedio durante las observaciones fue de 75.88%. En este aspecto podemos agregar que la cantidad de tiempo invertida en la actividad fue en promedio de 37 minutos, y la frecuencia del contacto ojo a ojo, fue como se muestra a continuación:

Día de observación	Número de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias	Contacto ojo a ojo. frecuencia y duración de éstas.	Promedio de tiempo invertido en la alimentación	% de la cantidad de alimento que aceptó con la madre en promedio durante el día.
Primero	4	No se presenta	28 Min.	61%
Segundo	4	No se presenta	31 Min.	66%
Tercero	4	No se presenta	30 Min.	60%
Cuarto	4	No se presenta	28 Min.	68%
Quinto	3	No se presenta	30 Min.	55%
Sexto	4	No se presenta	38 Min.	88%
Séptimo	4	No se presenta	45 Min.	91%
Octavo	4	9/1.2/3.4	52 Min.	96%
Noveno	4	12/1.5/2.2	55 Min.	98%

Cuadro 7.2

En el renglón del contacto ojo a ojo, nos estamos refiriendo a una frecuencia de 9 veces en promedio durante las sesiones de alimentación del día, con latencia entre contacto ojo a ojo de 1.2 minutos, y con una duración cada periodo en promedio de contacto ojo a ojo de 3.4 minuto.

Al respecto podemos comentar que a partir del sexto día la cantidad de alimento que el niño aceptó se incrementó considerablemente, pensamos que entre los factores que generan este cambio, se encuentra el importante decremento de la infección gracias a los tratamientos que se le estaban suministrando y la mejora del estado de ánimo de la madre, y con esto, la mejora tanto cuantitativa como cualitativa de las interacciones precoces en su sentido afectivo.

En lo referente a la cantidad de tiempo que el niño pasa despierto durante las observaciones encontramos la siguiente distribución por día:

Día de observación	Tiempo que pasa despierto	% del tiempo de observaciones	Tiempo que pasa dormido	% del tiempo de observaciones
Primero	3 hrs 20 min.	37.1%	5 hrs. 40 min.	62.9%
Segundo	4 hrs. 10 min.	46.3%	4 hrs. 50 min.	53.7%
Tercero	3 hrs 58 min.	44.1%	5 hrs. 2 min.	55.9%
Cuarto	4 hrs. 20 min.	48.1%	4 hrs. 40 min.	51.9%
Quinto	3 hrs.	33.3%	6 hrs.	66.7%
Sexto	6 hrs. 51 min.	76.1%	2 hrs. 9 min.	23.9%
Séptimo	6 hrs. 40 min.	74.1%	2 hrs. 20 min.	25.9%
Octavo	7 hrs. 12 min.	80.1%	1 hr. 48 min.	19.9%
Noveno	7 hrs. 23 min.	82.1%	1 hr. 37 min.	17.9%

Cuadro 7.3

Como señalamos anteriormente, durante los primeros cinco días el estado en que se encontraba el niño, cuando no estaba dormido era de somnolencia, y es en este estado en que se le alimentó, cambió, realizaron las curaciones y se le dio rehabilitación. Durante el quinto día, la madre se ausentó del Instituto por un lapso importante, por lo que el niño permaneció solo durante mucho tiempo lo que consideramos incrementó su estado de sueño. A partir del sexto día su estado pasó de la somnolencia a estar despierto y su participación y respuesta a las interacciones se fue incrementando, aunque de forma ligera, pensamos que esta modificación en la conducta se debió en gran medida a la disminución de la infección.

Finalmente en lo que se refiere a la infección encontramos los siguientes datos.

Día de observación	Signos de existencia de infección al iniciar las observaciones	Signos de infección	Existencia de signos de infección al terminar las observaciones
Primero	Presentes	+	Sí
Segundo	Presentes	=	Si
Tercero	Presentes	=	Sí
Cuarto	Presentes	=	Si
Quinto	Presentes	-	Sí
Sexto	Presentes	-	Sí
Séptimo	Presentes	-	Sí
Octavo	No presentes	=	No
Noveno	No presentes	=	No

Cuadro 7.4

En lo que se refiere a los signos de infección, marcamos con un signo (+) cuando los signos aumentan, con un signo (-) cuando disminuyen, y con un signo (=) cuando se mantienen sin cambio al día anterior.

Como se observa, los datos de la infección fueron evolucionando en forma decreciente, en gran medida gracias a los tratamientos médicos proporcionados al niño, hasta que finalmente en el octavo día de observaciones desaparecieron por completo los indicios de infección neurológica en Jesús, podemos mencionar que los tratamientos se vieron apoyados a partir del sexto día de observaciones por un incremento en las interacciones promovidas por la madre, básicamente en su aspecto afectivo, ya que ésta última, al ver la mejora del niño y con esto la posibilidad del egreso del Instituto y el regreso al lado de la familia, generaba interacciones más activas, como mencionamos, en el sentido afectivo.

### Caso 6. Paloma.

**Edad: 6 meses**

**Sexo: f**

En lo referente al tiempo que la madre pasa con la niña encontramos que ésta permaneció usualmente ocho horas con cuarenta minutos diarios al lado de su hija, con un límite máximo de 9 hrs. 35 min. y un límite mínimo de 7 hrs. 34 min. es decir 86.66% del tiempo que pueden permanecer juntas diariamente (10 hrs.). Así mismo podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuó sobre la niña fue habitualmente de 5 horas diarias, es decir el 57.69% del promedio de tiempo diario que pasó en el ambiente durante las observaciones, y 49.99% en promedio del tiempo total (10 horas) que pudo interactuar diariamente con la niña. Donde la distribución por día fue:

Día de observación	Tiempo total en minutos que pasaron juntas.	Nº de minutos de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntas.
Primero	7 hrs. 34 min.	3 hrs. 12 min.	31.9%
Segundo	6 hrs. 55 min.	5 hrs.	49.9%
Tercero	8 hrs. 12 min.	5 hrs.	49.9%
Cuarto	8 hrs. 38 min.	4 hrs. 53 min.	48.8%
Quinto	7 hrs. 48 min.	1 hr. 38 min.	16.3%
Sexto	8 hrs. 35 min.	2 hrs. 22 min.	23.7%
Séptimo	8 hrs. 28 min.	2 hrs. 35 min.	25.8%
Octavo	8 hrs. 55 min.	5 hrs. 41 min.	56.8%
Noveno	9 hrs. 35 min.	5 hrs. 56 min.	59.3%

Cuadro 8.1

A partir de los datos observados en la tabla podemos comentar que durante los dos primeros días de observación la madre no pasó el total del tiempo que puede permanecer con la niña ya que estuvo saliendo a realizar algunas compras.

Los días dos y tres, a pesar de que la cantidad de interacción fue de 5 hrs. es importante señalar que es, en su totalidad, la dedicada a la alimentación y a cambiar a la niña, ya que ésta última se quedaba dormida de inmediato, además de que cuando se le estaba alimentando (por sonda), permanecía en un estado somnoliento.

Durante el fin de semana previo al día cinco de las observaciones se nos reportó por parte de enfermería y los residentes de pediatría que la niña estuvo sumamente irritable y en estado de sueño profundo. Además de presentar datos de tener las fontanelas tensas, con lo que se sospechó que la PIC (Presión Intra Craneal) se encontraba elevada, por lo que se decidió realizarle una punción para descomprimir la PIC.

Durante el día cinco, la madre se mostró sumamente distante y pensativa, por lo que su interacción con la niña se restringió únicamente al aspecto operatorio, es también durante este día en que a lo largo de una entrevista nos comentó que se encontraba frente a un problema personal que consideraba sumamente grave, por lo que estaba muy deprimida. Así mismo, durante el quinto día, las interacciones que se realizaron entre la madre y Paloma, fueron con esta última en estado somnoliento, situación que se prolongó durante los días sexto y séptimo de las observaciones, a pesar de que la madre permanecía al lado de la niña durante periodos considerables, es decir, no se ausentaba físicamente de su lado, aunque daba la impresión de estar distante en su actitud.

Durante los días octavo y noveno la situación cambió en forma por demás favorable, y las interacciones afectivas se incrementaron tanto cuantitativa como cualitativamente, lo que coincidió con una disminución de los datos de infección a partir de la respuesta al tratamiento medicamentoso, elementos que al parecer repercutieron en una mayor actividad de la niña.

Por otra parte, de las (36) sesiones de alimentación que observamos, la madre realizó esta actividad en (35) ocasiones, es decir el 97.22%. Así mismo encontramos que la cantidad de alimento que la niña ingirió en promedio durante las observaciones fue de 63.66%. En este aspecto, podemos agregar que la cantidad de tiempo invertida en la actividad fue en promedio de 45 88 minutos, mientras que en lo referente a la frecuencia del contacto ojo a ojo no tuvimos elementos suficientes para registrarla:

Día de observación	Número de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias	Contacto ojo a ojo. frecuencia y duración de éstas.	Promedio de tiempo invertido en la alimentación	% de la cantidad de alimento que aceptó con la madre en promedio durante el día.
Primero	4	No se presenta	38 min.	68%
Segundo	4	No se presenta	65 min.	72%
Tercero	4	No se presenta	62 min.	74%
Cuarto	4	No se presenta	57 min.	78%
Quinto	3	No se presenta	23 min.	28%
Sexto	4	No se presenta	21 min.	32%
Séptimo	4	No se presenta	25 min.	29%
Octavo	4	No se presenta	57 min.	94%
Noveno	4	No se presenta	65 min.	98%

Cuadro 8.2

En este sentido, podemos comentar que en lo que se refiere al contacto ojo a ojo, debido al importante compromiso visual que la niña presenta, resulta sumamente difícil determinar si se establece o no, por lo que lo registramos como no presente, sin embargo durante el primer día de observaciones, así como los días octavo y noveno, la niña pareció buscar el rostro de su madre ya que dirigió el suyo hacia este, además de que la madre se colocaba dentro del campo visual de la niña, a una distancia de entre veinte y treinta centímetros, lo que facilitaría que le viera.

Por otra parte cabe señalar que a partir del segundo día la niña fue alimentada por sonda ya que no toleraba el alimento por vía oral.

Como mencionamos anteriormente, la madre comentó el quinto día de observaciones que tenía un grave problema personal, y que consideraba que este problema estaba repercutiendo en su estado de ánimo y en el de la niña, por nuestra parte pudimos observar en la cantidad de alimento que aceptaba era menor, además de que no despertaba del todo, por lo que la operación de alimentación (por sonda) se realizaba en estado somnoliento, consideramos que estos eventos encuentran su origen en diversos elementos, entre los que se encuentran el incremento de infección y el decaimiento general que esto produce en el estado de la niña, así mismo un probable factor que también se encuentra afectando el estado de la niña es el estado emocional de la madre, ya que esta propone menos la interacción en el aspecto afectivo.

Durante los días seis y siete, las cosas continuaron con una baja asimilación de alimento, que coincidió con una actitud distante y de pobre estimulación por parte de la madre, sobretodo en el plano afectivo, además del incremento de los datos de infección en la niña, sin embargo, la situación volvió a cambiar en forma favorable durante el octavo y noveno días, consideramos que esto se relaciona entre otros elementos, con la disminución de la infección gracias a los tratamientos suministrados, así como a que la madre resolvió sus problemas y con esto la calidad de interacción sobre todo en el sentido afectivo mejoró sustancialmente.

En lo referente a la cantidad de tiempo que la niña pasaba despierta durante las observaciones encontramos la siguiente distribución por día:

Día de observación	Tiempo que pasa despierta	% del tiempo de observaciones	Tiempo que pasa dormida	% del tiempo de observaciones
Primero	4 hrs. 47 min.	53.1%	4 hrs. 13 min.	46.9%
Segundo	5 hrs.	55.6%	4 hrs.	44.4%
Tercero	4 hrs 56 min.	54.8%	4 hrs. 4 min.	45.2%
Cuarto	5 hrs. 28 min.	60.7%	3 hrs. 32 min.	39.3%
Quinto	2hrs. 13 min.	24.6%	6 hrs. 47 min.	75.4%
Sexto	2 hrs. 32 min.	28.1%	6 hrs. 28 min.	71.9%
Séptimo	2 hrs. 45 min.	30.6%	6 hrs. 15 min.	69.4%
Octavo	7 hrs. 46 Min.	86.3%	1 hr. 14 min.	13.7%
Noveno	7 hrs. 52 Min.	87.4%	1 hr. 8 min.	12.6%

Cuadro 8.3

Como mencionamos anteriormente, durante los días dos y tres, el tiempo que la niña no estaba dormida se mantuvo en un estado somnoliento.

Como hemos venido señalando, la actividad de la niña a partir del quinto día decreció en forma importante, además de que su estado no era de estar totalmente despierta, sino más bien somnoliento, estado que se prolongó a los días seis y siete de las observaciones, en que se registró el incremento de la infección y la depresión de la madre, con lo que se mantuvo distante en el plano afectivo.

Durante el octavo día, se encontró que la niña mostró una sustancial mejora en su actividad y el tiempo que pasaba despierta, situación que coincide con la disminución sustancial de los datos de infección gracias a los tratamientos médicos, así como con el hecho de que su madre señaló que resolvió el problema que le aquejaba, con lo que el estado de ánimo y la calidad de interacción mejoraron considerablemente, con lo que encontramos a Paloma mucho más despierta y dispuesta a la interacción.

Finalmente en lo que se refiere a la infección encontramos los siguientes datos.

Día de observación	Signos de existencia de infección al iniciar las observaciones	Signos de infección	Existencia de signos de infección al terminar las observaciones
Primero	Presentes	+	Sí
Segundo	Presentes	=	Sí
Tercero	Presentes	=	Sí
Cuarto	Presentes	-	Sí
Quinto	Presentes	+	Sí
Sexto	Presentes	+	Sí
Séptimo	Presentes	=	Sí
Octavo	Presentes	-	Sí
Noveno	Presentes	-	Sí

Cuadro 8.4

En lo que se refiere a los signos de infección, marcamos con un signo (+) cuando los signos aumentan, con un signo (-) cuando disminuyen, y con un signo (=) cuando se mantienen sin cambio al día anterior.

Como se puede observar, los datos de infección mostraron importantes fluctuaciones, que se relacionan con diversos factores como son los diferentes tratamientos médicos, la alimentación y otros. Así mismo encontramos que se observa cierta relación con la calidad de las interacciones que la madre procuraba a la niña, ya que los tres primeros días, los datos de infección se mostraron estables y sin aumento, y cuando las cosas parecían mejorar en el cuarto día gracias a los tratamientos, la situación problemática de la madre y su decremento en las interacciones, los datos de infección mostraron un repunte que se desarrolló durante los días quinto y sexto de las observaciones, y al mejorar la situación de la madre, y con esto su calidad de interacción en el aspecto afectivo, los datos de infección mostraron una detención en su desarrollo, respondiendo mejor a los tratamientos, para finalmente decrecer a lo largo de los días octavo y noveno. Con esto no se pretende plantear una relación directa entre la calidad de las interacciones y el aumento o disminución de los datos de infección, sino que al parecer las interacciones son un elemento más que influye en el curso de la mejora de la niña.

### Comparación de porcentajes.

En estos cuadros procedemos a realizar una comparación de los datos obtenidos a partir de la observación de las interacciones entre los pacientes y sus madres.

En principio, tenemos lo referente a la cantidad de tiempo que los niños pasaron despiertos, a lo largo de las observaciones encontramos que del 100%, los niños pasaron en promedio 3 hrs. 55 min., dormidos y 5 hrs. 5 min. despiertos, es decir, el 43.58% del tiempo pasaron dormidos, mientras que el 56.42% pasaron despiertos, donde la distribución de observación fue de la siguiente manera:

Paciente.	Promedio de tiempo que pasan despiertos	% del tiempo de observaciones	Promedio de tiempo que pasan dormidos	% del tiempo de observaciones
1. Angela	3 hrs. 23 min.	37.6%	5 hrs. 37min.	62.4%
2. Abril	5 hrs. 26 min.	60.4%	3 hrs. 34 min.	39.6%
3. Luis	5 hrs. 4 min.	56.3%	3 hrs. 56 min.	43.7%
4. Angel	6 hrs. 33 min.	72.7%	2 hrs. 27 min.	27.3%
5. Jesús	5 hrs. 13 min.	58 %	3 hrs. 47 min.	42%
6. Paloma	4 hrs. 49 min.	53.5%	4 hrs. 11 min.	46.5%

Cuadro 9.1

Como se observa en el cuadro, Ángela resultó ser el paciente que menos tiempo permaneció despierta, situación que probablemente se correlaciona más con factores de estimulación e interacción que con factores físico-médicos, ya que no presentaba indicio alguno de infección, o de que la PIC se encontrara fuera de los rangos normales, cabe adelantar que esta misma situación se observa consistentemente en los elementos que analizamos más adelante y que mencionaremos con más detenimiento en cada uno de los apartados de estos cuadros generales así como en otros apartados de esta investigación.

Por otra parte se encuentra Paloma, donde aproximadamente es el 50% el que pasa despierta por el 50% que pasa dormida, como observamos en sus cuadros particulares, esta distribución se debió a diversos factores entre los que podemos contar, las fluctuaciones e inconsistencias de las interacciones, así como a los avances y retrocesos de los datos de infección.

En otro sentido podemos agrupar a Abril y Luis dentro de un mismo rubro, ya que son quienes mostraron importantes variaciones en la alternancia de sus estados de vigilia y sueño, lo que repercutió en todas sus demás actividades e interacciones, fluctuaciones que probablemente tuvieron entre sus principales orígenes el desarrollo de las infecciones y otros factores de orden orgánico, así como las discontinuidades en las interacciones.

El caso de Jesús es sumamente similar a los anteriores, sin embargo, se diferencia en que la madre permaneció todo el tiempo al lado del niño, realizando en forma constante y adecuada los cuidados operatorios, sin embargo, la parte afectiva se mostró ausente sobre todo al inicio de las observaciones, situación que atribuimos, a lo que consideramos por sus características muy específicas a una depresión hospitalaria parental, elemento que se sumó a factores orgánicos como la importante infección que padecía el niño, y que contribuyeron al curso de su evolución, y donde únicamente al final de las observaciones encontramos que respondió al tratamiento en forma adecuada.

Finalmente se encuentra Angel, quien resultó ser el paciente de nuestro estudio que permaneció más tiempo en estado de vigilia, situación que atribuimos principalmente a dos factores, el primero es el adecuado curso clínico médico de que gozó, sin datos de infección y una satisfactoria respuesta a los tratamientos y cirugías, y el segundo a la adecuada interacción con “los padres”, donde el niño constantemente estaba siendo estimulado, aunque se respetaban sus descansos y estados de sueño, es un caso donde se hizo evidente la adaptación de los padres a los ritmos y necesidades del niño, un factor más que no podemos dejar de mencionar es la edad del niño, quien resultó ser el mayor de los pacientes del estudio (11 meses), lo que consideramos contribuyó a que permaneciera mayores periodos en estado de vigilia.

En el siguiente cuadro comparamos los tiempos que las madres permanecieron al lado de los niños, así como el tiempo de interacción, sin embargo, es importante señalar que en el primer rubro, es decir el que se refiere al tiempo que usualmente pasaron juntos, se registra la moda ya que consideramos que este elemento es más ilustrativo ya que no hay una simetría de los datos, por lo que esta parte del cuadro no se relaciona directamente con las otras dos secciones de este mismo cuadro.

En lo que se refiere al promedio de número de horas de interacción, si se muestra el promedio del número total de horas de interacción, (esta parte del cuadro sí se relaciona con la última parte, considerando como tiempo total que pueden pasar juntos 10 horas). Finalmente, el porcentaje de interacción (última parte del cuadro) se refiere al porcentaje de interacción (de todas las observaciones) del tiempo total diario que pueden pasar juntos, es decir, es el porcentaje de interacción (de todas las observaciones) de las 10 horas diarias que pueden interaccionar, de esta forma por ejemplo, si la madre de Ángela mantuvo un promedio en todas las observaciones, de una interacción de 52 minutos, esto corresponde al 8.60% de las 10 horas diarias que pudo interaccionar con la niña.

Por otra parte, y ya pasando a la relación entre los datos de los pacientes, en lo referente al tiempo que las madres pasan con los niños, encontramos un promedio de 6 hrs. diarias, es decir 60% del tiempo que pueden permanecer junto a ellos. Así mismo podemos señalar que el tiempo de estimulación que efectuaron sobre los niños fue en promedio de 3 hrs. 32 min. diarios, es decir el 35.3% del tiempo total (10 hrs.) que pudieron interaccionar diariamente. Donde la distribución por día de observación fue de la siguiente manera:

Niños y sus madres	Tiempo que usualmente pasaron juntos por día.	Promedio de N° de horas de interacción.	% de interacción del tiempo total que pueden pasar juntos.
1. Angela	2 hrs.	52 min.	8.60%
2. Abril	4 hrs.	4 hrs.	40.80%
3. Luis	9 hrs.	3 hrs. 59 min.	39.78%
4. Angel	5 hrs.	4 hrs. 3 min.	40.42%
5. Jesús	9 hrs.	4 hrs. 11 min.	41.81%
6. Paloma	8 hrs.	4 hrs. 2 min.	40.36%

Cuadro 9.2

A partir de los datos observados en el cuadro encontramos en correspondencia con los datos del cuadro anterior que la madre de Ángela es quien pasó menos tiempo al lado de su hija en comparación con el resto de las madres del estudio, además de que el promedio

de tiempo de interacciones resultó ser el más bajo de todos los pacientes del estudio, lo que repercutió en forma importante en el desarrollo de la niña, como observaremos en el análisis que se encuentra en otro apartado de la investigación. En segunda instancia se encuentra Luis, y aunque en la tabla se encuentra una moda alta de estancia de la madre al lado del niño, la cantidad de tiempo de interacción resultó ser sumamente escasa en comparación, un elemento que no podemos dejar de mencionar es el hecho de que el niño permanecía en estado somnoliento o de sueño profundo gran parte de este tiempo, donde ubicamos como principal origen de esta situación, a la agresiva infección que sufría y que consideramos se sumó a otros elementos como las importantes variaciones y quiebres en las interacciones que la madre mostró a lo largo de las observaciones (debido a que tenía que atender al resto de la familia, por lo que se ausentaba por periodos grandes del Instituto).

Después encontramos a Ángel. En este caso, cabe aclarar que el tiempo que la madre no se encontró a su cuidado, fue el padre quien permaneció a su lado (por iniciativa del mismo padre), por lo que en el cuadro parece ocupar el tercer lugar en los pacientes que menos gozaron de tiempo de interacción, pero en realidad fue el que más tiempo de interacción obtuvo, donde además fueron dos fuentes distintas las que promovieron esta interacción, además de que de las 5 horas de moda que la madre permanecía a su lado, cuatro de estas eran de interacción, por lo que resultaba ser una relación sumamente activa, sobretodo si se le suma el tiempo de interacción realizado con el padre, además de que no podemos dejar de considerar que era el paciente con mayor edad (11 meses), lo que contribuía a estar más capacitado para interactuar con el medio.

Por otra parte encontramos a Abril, quien fue sometida a importantes fluctuaciones en las interacciones generadas por la madre, ya que esta se ausentó bastante tiempo en varios de los días en que las observamos (una vez más por cuestiones de demanda de atención del resto de la familia), y a pesar de que el tiempo que pasaban juntas, interactuaban tanto operativa como afectivamente, en realidad, el tiempo de interacción no presentó una continuidad, situación que probablemente contribuía con que la niña entrara fácilmente en estados de sueño continuo, situación que consideramos se veía incrementada por la fuerte infección que padecía la niña.

En quinto lugar encontramos a Paloma, que comparte la misma moda de tiempo de interacción con la madre que Ángel, sin embargo, a diferencia de éste último, no goza de las interacciones con el padre, por lo que las interacciones de Paloma se restringen únicamente a las practicadas con la madre y registradas en la tabla, donde se presenta como dato relevante que en muchas de éstas, debido al problema por el que la madre pasó y que hemos venido comentando con anterioridad, se centraron exclusivamente al aspecto operatorio, desapareciendo casi por completo los cuidados afectivos, con lo que las interacciones en su sentido afectivo se tornaron aisladas por un lapso considerable, y únicamente con la resolución del conflicto de la madre, se restablecieron los cuidados en los aspectos afectivos. Cabe comentar que cuando la madre permanecía ensimismada, y la infección avanzaba, Paloma se mostraba en un estado constante de sueño e irritabilidad, y al modificarse el estado de la madre, situación que coincidió con una

disminución en los datos de infección a partir de una mejor respuesta a los tratamientos, también cambió el estado de la niña.

Para terminar, en el caso de Jesús encontramos que, a pesar de que la moda del tiempo que la madre permaneció a su lado, así como el promedio de tiempo de interacción, resultaron ser los más altos registrados en las observaciones de los pacientes del estudio, éstos se concentraron en su mayoría y casi exclusivamente en actividades operatorias, quedando casi anuladas por completo las interacciones afectivas, lo que consideramos resultó ser un factor que contribuyó en un bajo desarrollo psico-motor del niño, además de una poca disposición para las interacciones, ya que al terminar los cuidados operatorios pasaba a un estado de sueño profundo. Y únicamente al final de las observaciones, (que coincidió con el final de su estancia en el hospital, lo cual parece haber promovido un cambio de actitud de la madre, mostrándose más activa y afectiva), los estados de vigilia en el niño aumentaron considerablemente.

Finalmente, en lo que se refiere a la alimentación, encontramos que de las (36) sesiones que observamos, las madres realizaron esta actividad en promedio el 74.5% de las ocasiones. Así mismo encontramos que la cantidad de alimento que los niños ingirieron en promedio fue de 66.63%. En éste sentido podemos agregar que la cantidad de tiempo invertida en la actividad, fue en promedio de 43 minutos. De esta forma encontramos que al evaluar la cantidad de alimento recibida con la madre y al relacionarla con la cantidad de tiempo invertido en esta actividad encontramos los siguientes datos:

Pacientes y sus madres.	Porcentaje de sesiones de alimentación que tuvo con la madre de cuatro diarias.	Promedio de tiempo invertido en la alimentación	% de la cantidad de alimento que aceptó con la madre durante las observaciones.
1. Angla	33.33%	27 min.	47.66%
2. Abril	66.66%	45 min.	45.11%
3. Luis	77.77%	50 min.	75.55%
4. Angel	74.99%	56 min.	92.22%
5. Jesús	97.22%	37 min.	75.88%
6. Paloma	97.22%	45 min.	63.33%

Cuadro 9.3

Una vez más podemos observar que Angela resultó ser el paciente que menor porcentaje de sesiones de alimentación mantuvo con su madre, y como se observa en su particular tabla de alimentación, es con la enfermera con quien mantiene mayor cantidad de sesiones, así como mayor cantidad de alimento aceptado, podemos mencionar que su situación se caracteriza por la falta de una estimulación adecuada por parte de la madre, ya que la niña no presentaba datos de infección o de que la PIC estuviese fuera de los parámetros normales.

En segundo lugar encontramos a Abril y a Luis, donde ubicamos como causa de que los promedios de sesiones de alimentación se encuentran en 66% y 77% respectivamente, a que las madres se ausentaban del Instituto, originando con esto discontinuidades y quiebres en las interacciones, situación que como hemos venido observando ha resultado ser un elemento que, sumado a otros factores, repercute en diversos aspectos de las actividades de los niños, así como en las cantidades de alimento que aceptaron durante

las observaciones, cabe aclarar que el dato referente al porcentaje de alimento aceptado con la madre y mencionado en esta tabla es únicamente el promedio de todas las sesiones registradas, sin embargo, al observar las tablas particulares de cada uno de los niños, encontramos que las cantidades han fluctuado con el paso de los días, a partir de la correlación de factores como la presencia de la madre, y el avance de la infección o su disminución gracias a los tratamientos suministrados.

En última instancia, podemos agrupar a Jesús, Paloma y Ángel, y a pesar de que los dos primeros mostraron características específicas, como las discontinuidades en los cuidados afectivos de la madre de Paloma, o bien la falta de cuidados afectivos, y la prevalencia de los cuidados operatorios en el caso de la madre de Jesús, éstos dos casos se ubican con un porcentaje superior al 90% de sesiones de alimentación por parte de las madres, así mismo, Ángel comparte esta misma situación, ya que a pesar de que en la tabla presenta el 75% de sesiones, este dato se refiere únicamente a las realizadas con la madre, y al sumarle el realizado con el padre, el promedio se eleva por arriba del 90%.

Es así, como nos encontramos desde esta perspectiva con importantes distinciones y similitudes en las actividades y respuestas de los niños, que en principio podemos atribuir principalmente a dos factores, el primero se refiere a los aspectos del desarrollo médico-clínico de los niños, mientras que el segundo lo ubicamos en el desarrollo cualitativo y cuantitativo de las interacciones precoces en sus dos vertientes, la operacional y la afectiva, y el adecuado equilibrio entre ambas.

Después de haber revisado esta serie de indicadores, pasaremos a comentar otro grupo de elementos de interacción más finos, los cuales se desarrollan básicamente durante los contactos madre-bebé, y que amplían nuestro análisis sobre la calidad de las interacciones precoces.

### 6.2.1 *Indicadores de interacción, análisis y evaluación de comportamiento y desarrollo.*

En este apartado revisaremos indicadores que se enfocan con más detalle a la calidad de las interacciones y la respuesta que el lactante presenta, tales indicadores centran su atención en la calidad de las interacciones, sobretodo en el aspecto afectivo, como son el juego, la presencia o no de juguetes, del lado de la madre procuramos ubicar los siguientes elementos: palabras afectuosas, promoción de la interacción, besos y caricias; y del lado del niño: exploración del medio que le rodea, la presencia de balbuceos, risas, gritos, llanto, disposición para la interacción.

Así mismo, realizaremos un breve análisis de esta serie de interacciones y verificaremos la presencia o no de retrasos en el desarrollo, y su vinculación con la calidad de las interacciones, para tal efecto emplearemos como ejes de evaluación los aportados por R. Spitz y A. Gesell.

#### **Caso 1. Ángela**

**Edad: 8 meses**

En lo que se refiere a la madre observamos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego	palabras afectuosas	Promoción de la interacción	besos	caricias	Apatía para la interacción
Primero	No	No	No	No	No	Sí
Segundo	No	No	No	No	No	Sí
Tercero	No	No	No	No	No	Sí
Cuarto	No	No	No	No	No	Sí
Quinto	No	No	No	No	No	Sí
Sexto	No	No	No	No	No	Sí
Séptimo	No	No	No	No	No	Sí
Octavo	No	No	No	No	No	Sí
Noveno	No	No	No	No	No	Sí

Cuadro 10.1

En principio, podemos mencionar que la cantidad de interacciones que mantuvieron resultó ser significativamente menor a la encontrada en el resto de los pacientes de nuestro estudio, durante estas, los aspectos afectivos, que son justamente los que nos encontramos exponiendo en este apartado, destacaron por su ausencia, en los días que tuvimos la oportunidad de observar las interacciones entre la madre y Ángela, no se presentó en ningún momento evento alguno de juego, a pesar de que la niña tenía en su cuna un pequeño oso azul de peluche, el cual era colocado (en forma poco afectuosa) por la madre entre los brazos de la niña cuando se retiraba, jamás fue empleado para jugar, además a pesar de que se lo colocaban en los brazos, la niña no hacía el menor esfuerzo por retenerlo en ese sitio, por lo que al retirarse la madre, el oso “caía” en la cama, de ésta forma podemos considerara que no implicaba en lo más mínimo lo que podría ser considerado como objeto transicional (Winnicott, 1971). En lo referente a palabras de afecto, éstas no se detectaron durante la alimentación u otro momento de interacción, y

únicamente al despedirse el primer día de observaciones le dijo: “que dios te cuide”, además de persignarla. Cabe agregar que las interacciones se caracterizan justamente por la ausencia de aspectos afectivos maternos.

Es así como, a todo lo largo de las interacciones no detectamos ningún elemento afectivo como besos o caricias, es más, no alcanzamos a ubicar ningún acto que invitara a la interacción afectiva, mientras que la interacción operativa resultó ser inadecuada, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo<sup>1</sup>. Situación que consideramos ha sido un elemento básico para que la niña requiera un estimulador para que “no se le olvide respirar”.

En lo referente específicamente a la niña encontramos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego y juguetes	exploración del medio que le rodea	Presencia de balbucos	risas	Gritos	Llanto	Disposición para la interacción
Primero	No	No	No	No	No	No	No
Segundo	No	No	No	No	No	No	No
Tercero	No	No	No	No	No	No	No
Cuarto	No	No	No	No	No	No	No
Quinto	No	No	No	No	No	No	No
Sexto	No	No	No	No	No	No	No
Séptimo	No	No	No	No	No	No	No
Octavo	No	No	No	No	No	No	No
Noveno	No	No	No	No	No	No	No

Cuadro 10.2

Consideramos que la falta de estimulación por parte de la madre ha tenido repercusiones sumamente importantes en la niña, ya que su actividad es mínima, con la ausencia de risas, gritos y hasta llanto, en lo que se refiere al movimiento de las extremidades estas resultaron ser a lo largo de todas las observaciones sumamente pobres, casi imperceptibles, aún cuando la enfermera le daba de comer y su aceptación de alimento era mayor, la tonicidad de sus brazos, piernas y manos era pobre, además de que no sujetaba con las manos objeto (incluyendo los dedos del investigador, si se les colocaba en sus manos) alguno, por lo que la prensión gruesa era nula.

En términos generales, las interacciones propuestas por la niña son inexistentes, pasa la mayor parte del tiempo dormida o en estado somnoliento, al grado de que realmente requiere el estimulador ya que efectivamente corre el riesgo de que sufra un paro respiratorio. En términos generales no hace el menor esfuerzo por explorar el medio que la circunda o los eventos que se suceden a su alrededor.

Consideramos que la relación entre la conducta de la madre y la de la niña alcanzan cierto grado de correspondencia, ya que en ambas se observa la evitación de todo tipo de interacción, situación que probablemente repercute (aunada a otros factores, como la

<sup>1</sup> En este caso es importante recordar que con la enfermera se mantenía cierto grado de interacción, tanto afectiva como operativa en forma adecuada, pero la cantidad era de poca duración, ya que se restringía exclusivamente a los momentos de alimentación, limpieza y suministro de tratamientos. Sin embargo, esta breve interacción al parecer ha tenido sus repercusiones positivas, ya que con la enfermera, la niña acepta una sustancial cantidad mayor de alimento. Por lo anterior podemos concluir que con la enfermera la calidad y cantidad de interacción en sus dos aspectos, ha resultado ser mejor que la propiciada por la madre.

misma enfermedad) en el desarrollo de la niña ya que se encuentra sumamente lejos de lo esperado en un niño de 8 meses, ya sea desde la perspectiva de Spitz (y los dos organizadores que debería de presentar en forma nítida), o desde la propuesta de Gesell (donde su desarrollo debería de encontrarse en plena conquista del mundo que le rodea), y contrariamente a esto, encontramos que según la escala de Gesell, su desarrollo corresponde a un niño menor a las 16 semanas, por lo que el retraso que presenta es profundo.

Finalmente, podemos comentar que los factores orgánicos involucrados en éste déficit de desarrollo, son también relevantes, podemos comentar que el tamaño de la cabeza implica una tercera parte del tamaño total de la niña, lo que explicaría el hecho de que no sostenga la cabeza, no alcance a permanecer sentada y mucho menos el que no presente intentos por rotarse. Sin embargo, este elemento aunado a los datos de la evolución de la enfermedad no explican por sí solos el retraso tan marcado que la conducta de la niña presenta, ya que otros pacientes que hemos tenido la oportunidad de observar, al estar sometidos a interacciones de otro tipo (mayores en cuanto a lo operativo y lo afectivo) muestran un mayor desarrollo, además de una clara disposición para la interacción, a pesar de que en muchos de los casos los síntomas físicos (infecciones, mayor cantidad de cirugías, presencia de otras enfermedades, entre otros factores), por lo que consideramos que también el factor de las poco estimulantes interacciones de que goza Ángela, contribuye en el retraso de desarrollo que presenta la niña.

## Caso 2. Abril

Edad: 6 meses

En lo que se refiere a la madre observamos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego	palabras afectuosas	Promoción de la interacción	besos	caricias	Apatía para la interacción
Primero	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Segundo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tercero	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Cuarto	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Quinto	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Sexto	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Séptimo	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Octavo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Noveno	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Cuadro 11.1

En principio, podemos mencionar que las interacciones, cuando se dieron, resultaron sumamente afectuosas. Las palabras de cariño son constantes, le dice que la quiere, además de hablarle del resto de la familia y decirle que ellos también la quieren (la familia esta presente en la fantasmática materna y por ende en las interacciones), al besarla recorre todo el cuerpo (acto que consideramos importante para la libidinización), aunque la cabeza es excluida consistentemente.

En lo que se refiere a los cuidados operativos, estos se realizan con suma atención y habilidad, la madre tiene sumo cuidado al girarla o levantarla, cuando lo hace, procura

sostener con una mano el dorso y con la otra la cabeza. Al retirarse, espera a que la niña quede dormida, antes de irse, y da la impresión de que en esto se encuentran bien coordinadas, ya que la niña se queda dormida rápidamente cuando su madre se queda sentada a su lado y la toca con los dedos en el vientre.

A partir del tercer día la situación en las interacciones se modifica drásticamente, ya que la madre permanece mucho menos tiempo en el hospital porque el resto de la familia demanda mayor atención y tiempo.

Al llegar al instituto por la tarde, una vez más las interacciones afectuosas y operativas se hacen presentes en forma adecuada, aunque la madre se observa cansada (situación que ella misma nos ratifica cuando hablamos con ella, explicando que se debe a la atención que le dedica al resto de la familia, a la preocupación que le genera no estar con la niña y a fuertes problemas que ha tenido con su esposo).

A partir del cuarto día y hasta el día séptimo de las observaciones, encontramos que la madre estimula menos a la niña, pensamos que esto es a partir del deterioro en las respuestas de la niña (y que se suma a la problemática que la madre se encuentra viviendo), por lo que las interacciones en el plano afectivo decrecen cuantitativamente en forma significativa, aunque todavía la besa, le habla y la acaricia aunque en menor cantidad, cabe mencionar que aún cuando está presente, se sienta al lado de la cuna, y se queda con la mirada perdida, tocando con la mano una de las manos de la niña. Durante las despedidas, todavía le habla a la niña aunque omite mencionar al padre, además la cantidad de palabra y besos es considerablemente menor.

Únicamente en los dos últimos días se observa un cambio cuantitativo en la estimulación, situación que consideramos, contribuye, aunada a otros factores, como son los tratamientos médicos, a un cambio favorable en el estado de la niña, ya que se le ve más reactiva, come ligeramente mejor y permanece más tiempo despierta, aunque la infección continúa su incremento. Finalmente, en lo que se refiere al aspecto operativo, este se mantiene sin cambio, es decir, en forma ágil, y eficiente, con sumo cuidado de no lastimar a la niña.

En lo referente específicamente a la niña encontramos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego y juguetes	exploración del medio que le rodea	Presencia de balbuceos	Risas	Gritos	Llanto	Disposición para la interacción
Primero	No	Sí	No	No	No	No	Sí
Segundo	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Tercero	No	Sí	No	No	No	No	Sí
Cuarto	No	No	No	No	No	Sí	Sí
Quinto	No	No	No	No	No	No	No
Sexto	No	No	No	No	No	No	No
Séptimo	No	No	No	No	No	Sí	No
Octavo	No	No	No	No	No	No	No
Noveno	No	Sí	No	No	No	Sí	No

Cuadro 11.2

A pesar de la fuerte infección que la niña padeció durante todo el desarrollo de las observaciones, su disposición para la interacción era evidente, hacia lo posible por explorar el medio que la circundaba, reaccionando con pequeños movimientos de las manos y brazos al escuchar ruidos en el ambiente donde se encuentra, así mismo, durante los momentos de alimentación, además de hacer esfuerzos para establecer el contacto ojo a ojo, es posible observar como toma los dedos de su madre con la mano, ejerciendo presión por algunos instantes y después quitándola, cabe mencionar que la niña no emitió balbuceo, gritos o sonrisa alguna durante todas las observaciones, sin embargo, se mantenía tranquila y atenta, lo que interpretamos como una disposición para la interacción, (situación que se desarrolló durante los dos primeros días de observación y que fue decreciendo con el paso del tiempo, y que se puede correlacionar con la ausencia de la madre y con la presencia y aumento de la infección, en lo que se refiere al llanto este se presentó únicamente cuando era sometida a punciones (para retirar el exceso de LCR, y con esto disminuir la PIC<sup>2</sup>), por lo que al irse la madre o despertar y no encontrarla, no lloraba.

A partir del tercer día y posiblemente en relación, entre otros factores, con la ausencia de la madre, la presencia de la infección y el aumento en la PIC, el estado de la niña comienza a variar, ya que pasa bastante tiempo despierta, pero sin tonicidad en los miembros del cuerpo, así mismo se detecta que ya no explora el medio que le rodea y su reacción ante los eventos que se suceden a su alrededor es menor aunque todavía está presente, sin embargo, se encuentra despierta y con la llegada de la madre las cosas vuelven a modificarse, ya que pasa a un estado notablemente más reactivo, con movimientos de las extremidades, ligera rotación de la cabeza, movimientos de los dedos y manos, además de que emite ligeros sonidos vocales, que consideramos no llegan a ser balbuceos.

Conforme van transcurriendo los días la niña permanece más tiempo somnolienta y cada vez reacciona con menor intensidad, no mueve sus extremidades en lo más mínimo, aunque cuando la estimulamos encontramos que se percata de nuestra presencia y responde con ligeros movimientos de los brazos y manos, no parece fijar con la vista nuestra imagen, pero parece estar dispuesta a iniciar la interacción, aunque, también podemos notar que no se ve un gran entusiasmo por parte de ella, por lo que interpretamos que la niña sabe que no se trata de su madre.

Así mismo a partir del cuarto día y hasta el día séptimo de las observaciones, encontramos que decrece significativamente su disposición para la interacción, permaneciendo más tiempo dormida o somnolienta, dejando de presentar reacción ante los estímulos externos, aún cuando su madre se encuentra a su lado la niña permanece dormida, aceptando muy poco alimento, y con el cuerpo hipotónico, y cuando se le manipula con gran intensidad se muestra irritable, situación que correlacionamos, entre otros elementos, con el incremento de la infección y las discontinuidades previas en las interacciones.

---

<sup>2</sup> Presión Intra Cranial

Los dos últimos días de observaciones, como comentamos más arriba encontramos ciertas mejoras en su estado, ya que se encuentra más reactiva, pasando (ligeramente) menor cantidad de tiempo dormida, a pesar del creciente incremento en la infección.

Después de ser dada de alta, tuvimos la oportunidad de ver a la niña cuando era traída por su madre a consulta, encontramos que presentaba cierta mejoría, estaba más activa y la infección una vez más había cedido parcialmente, así mismo pudimos observar la íntima integración afectiva entre Abril y su madre; en una ocasión al entrevistarnos con ésta, nos comentó que cuando ella se pelea fuerte con el padre, la niña reacciona con fuertes fiebres, por lo que considera que su relación con el esposo repercute directamente en la salud de la niña. En otra oportunidad expresó que ya está cansada de la familia del padre, por lo que cuando Abril muera (este es el pronóstico que tiene la niña), piensa pelear con ellos, mientras la madre nos habla de esto, Abril parece deprimirse más, cierra los ojos, y la poca tonicidad que tenía en los brazos desaparece. Elementos que podríamos interpretar, (desde la teoría que sustenta nuestro trabajo, (Levovici, 1988)) como el reflejo de las profundas repercusiones que tiene los afectos de la madre en el estado de la niña.

En lo que se refiere a los datos de desarrollo, encontramos que no presenta sonrisa social, es decir, el primer organizador de Spitz, y según la evaluación de Gesell, tampoco se observan algunos datos de desarrollo que debería teóricamente presentar, como tomar objetos, aunque si detectamos prensión gruesa, ya que aprieta los dedos y objetos que tiene al alcance; la exploración estuvo presente durante los tres primeros días de observación, y después decreció significativamente, en lo que se refiere a los datos de lenguaje, encontramos que este es el aspecto menos desarrollado ya que casi no emite sonido alguno. Finalmente, podemos comentar que los factores orgánicos involucrados en este déficit de desarrollo, son relevantes, podemos comentar que el tamaño de la cabeza implica una tercera parte del tamaño total de la niña, lo que explicaría el que no la sostenga, así mismo, padecía una fuerte infección, que se incrementó a partir del tercer día, situación que ha afectado el desarrollo de Abril, y que se ha sumado a la marcada disminución cuantitativa (y hasta cierto punto cualitativa) de las interacciones afectivas.

### Caso 3. Luis

Edad: 6 meses

En lo que se refiere a la madre observamos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego	palabras afectuosas	Promoción de la interacción	besos	caricias	Apatía para la interacción
Primero	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Segundo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tercero	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Cuarto	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Quinto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Sexto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Séptimo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Octavo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Noveno	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Cuadro 12.1

En lo que se refiere a las interacciones en su aspecto afectivo, podemos mencionar que la madre, tanto cualitativa como cuantitativamente realiza un verdadero baño de afectos sobre el niño, ya que las palabras tiernas los besos y caricias son constantes, y aunque en este caso la cabeza goza de cierto emplazamiento de afecto, este no se mantiene constante, es decir, no es frecuente, cabe recordar que Luis no tiene el perímetro cefálico fuera de los parámetros normales (único caso de nuestro estudio en que la cabeza tiene un tamaño normal), así mismo, podemos mencionar que a los afectos se suman los ejercicios de rehabilitación que la misma madre le practica. En el plano operativo, consideramos que los cuidados se adecuan al niño, al darle de comer o cambiarlo, lo hace con sumo cuidado y paciencia, lo sostiene firmemente procurando entablar el contacto entre miradas, además de que respeta los tiempos del niño.

Durante el primer día de observaciones encontramos que el niño estaba constantemente dormido por lo que platicamos con la madre.<sup>3</sup>

Durante el segundo día, las cosas cambiaron en forma importante, por una parte la madre comenta que ha hablado con su esposo y ya solucionaron en parte sus problemas, por lo que ella se siente mejor, lo que considera, ha repercutido en el niño, ya que ella lo percibe más animoso (y realmente se observa mucho más despierto y participativo), sin embargo, las cosas cambiaron durante la mañana del tercer día de observaciones, ya que ambos parecían estar molestos, la madre explica que ella se sentía muy disgustada porque no habían pasado al niño al quirófano, mientras que Luis se observa irritable. En este caso, el niño verdaderamente se observa irritable, ya que llora constantemente, la cantidad de alimento que acepta es menor aunque el tiempo invertido por la madre en esta es mayor, además Luis permanece más tiempo dormido. Cabe señalar que durante este día los datos de infección aumentaron, así como se encontraron datos de que la PIC se encontraba sumamente alta elementos relevantes que se suma a la explicación del estado del niño, motivo por el cual, durante la noche, fue pasado a quirófano para que la PIC fuera descomprimida.

Ya en el cuarto día y a partir de que Luis pasó al quirófano, ambos (la madre y el niño) parecen estar de mejor humor, la madre lo besa, acaricia y habla continuamente, además de realizar los cuidados operativos en forma adecuada (acoplándose al niño). Así mismo, señala que procura no dejar de estar en contacto físico con Luis, ya que si esto ocurre el niño parece que se espanta fácilmente, o si se encuentra dormido se despierta sobresaltado. Al regresar la madre por la tarde, nos da la impresión de que la felicidad del

---

<sup>3</sup> Consideramos que es importante comentar lo platicado con la madre y las observaciones e interpretaciones que ésta realiza: la madre señala al respecto que esto se debe a que ella no se encuentra bien y se lo transmite al niño, indica que ha tenido fuertes problemas con su marido por lo que se siente sumamente triste. Comenta, así mismo, que en cierta ocasión, muy próxima a nuestra primer entrevista, ella y su marido riñeron fuertemente, lo que le provocó un estado de gran depresión, al regresar al hospital y estar con el niño, este se deterioró gravemente, sufrió fuertes fiebres y pasó a un estado hiporreactivo, estando casi la totalidad del tiempo somnoliento o dormido, y cuando lo sacaban de este estado lloraba todo el tiempo. Pero al mejorar las cosas en la relación, la mejora en el estado del niño también se pudo observar, esto sumado al hecho de que puncionaron al niño sacándole la colección de líquido que tenía y con esto disminuyó la PIC. (la colección se debió a que el catéter de la válvula se zafó).

reencuentro es evidente en ambas partes, poco a poco la euforia sede su paso a la tranquilidad, la madre le pregunta que como ha estado, que si se portó bien, que si la extrañó.

En el día quinto, las interacciones afectivas continúan siendo sumamente buenas en su aspecto cualitativo, el baño de afectos es continuo y adecuado y el niño responde en forma activa, aunque con detrimento en la cantidad de interacción en comparación al día previo, así como la respuesta del niño, ya que pasa menos tiempo despierto.

Durante el sexto día continúa disminuyendo la cantidad de tiempo de interacción, esto en función de que la madre pasa menos tiempo en el Instituto, así mismo, aunque la disposición del niño para la interacción sigue siendo buena, continúa en aumento el tiempo que pasa dormido, situación que posiblemente se asocia con el progresivo incremento de la infección que se registra este día, así como el nuevo aumento de la PIC.

Para el séptimo día la madre continúa gran parte del tiempo ausente del instituto, permaneciendo e interactuando con el niño muy poco tiempo, y aunque se mantiene la interacción cualitativa, decrece en forma importante desde el punto de vista cuantitativo. Finalmente, durante los días octavo y noveno, la madre permanece mucho más tiempo al lado del niño, aunque se le ve sombría y deprimida, las interacciones afectivas siguen presentes, pero las realiza con menos entusiasmo.

En lo referente específicamente al niño encontramos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego y juguetes	Exploración del medio que le rodea	Presencia de balbuceos	Risas	Gritos	Llanto	Disposición para la interacción
Primero	No	No	No	No	No	No	No
Segundo	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Tercero	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Cuarto	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
Quinto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sexto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Séptimo	No	Sí	No	No	No	Sí	No
Octavo	No	No	No	No	No	Sí	No
Noveno	No	No	No	No	No	Sí	No

Cuadro 12.2

Del lado del niño, encontramos que el primer día se encuentra sumamente apático con respecto a la interacción, ya que permanece todo el tiempo somnoliento y parece molestarse cuando lo manipula su madre, sin embargo, para el segundo día cambian las cosas ya que se encuentra animoso, establece el contacto entre miradas con la madre y toma con sus manos el biberón y la mano de su madre que sostiene este, cuando ha acabado de comer, toma con su mano los dedos de su madre y no los suelta en ningún momento, además explora el ambiente y ante cualquier ruido trata de mirar lo que ocurre, así mismo, realiza ligeros balbuceos cuando escucha la voz de su madre.

Al tercer día de observaciones, (cuatro días después del segundo), encontramos a Luis sumamente adormilado e irritable, al parecer se debe a que ha coleccionado bastante líquido y la PIC se encuentra alta. Sin embargo, responde a la voz de su madre con balbuceos y ligera movilización de los brazos, además de tocarla cuando le da de comer.

Durante el cuarto día de observaciones Luis esta mucho más activo, (un día antes se le pasó a quirófano, se le drenó la colección de líquido y se reconectó el catéter que se había zafado), está despierto y activo, toma los dedos de su madre todo el tiempo y explora lo que sucede en el ambiente, además de emitir ligeros balbuceos cuando escucha sonidos en el ambiente o la voz de su madre.

Para el quinto día Luis continua interactuando en forma activa y con buena disposición, no sólo con la madre sino con el cuerpo asistencial también, aunque decrece en forma importante el tiempo de interacción, así como ligeramente el tiempo que permanece despierto, todo esto a pesar de que la infección se ha incrementado considerablemente, encontramos que sonríe, además emite sonidos vocales, por lo que la madre interpreta que está contento y “platicador”.

Durante el sexto día el estado de Luis continúa decreciendo en su actividad, y aunque por momentos se observa participativo y con cambios de humor, y hasta sonriente, los periodos que permanece dormido son mayores, consideramos que esta situación se debe entre otros elementos al hecho de que la infección continúa en aumento, así como, el aumento de la PIC, y la falta cuantitativa de interacciones.

El séptimo día, Luis se observa somnoliento e irritable además de que llora cuando se le manipula, consideramos que esto se puede deber en parte a que la madre se ha ausentado por prolongados periodos, así como el aumento en la infección y en la PIC. Sin embargo, el niño le continúa tomando a la madre sus dedos con las manos. Durante todo el tiempo que la madre esta ausente Luis permanece dormido. Así mismo, este día se le practican una serie de tratamientos médicos, por lo que parece molestarse aun más.

Finalmente, durante los días octavo y noveno de observaciones, encontramos que a pesar de que la madre permanece más tiempo al lado del niño, este continua hiporreactivo, y aunque mostró un ligero cambio e interactuó con la madre durante más tiempo, este continúa irritable y somnoliento. Además de que los datos de infección se han continuado incrementado. La infección es realmente muy agresiva y contribuye en forma determinante en el estado del niño, situación que podría correlacionarse, entre otros factores, con el hecho de que durante varios días las interacciones disminuyesen cuantitativamente en forma relevante.

En lo que se refiere al desarrollo del niño, encontramos que desde la perspectiva de los organizadores propuesta por Spitz, Luis que debería de presentar en forma clara el primero de estos, lo hace en forma esporádica, aunque si se detecta, lo que nos señala que éste organizador se encuentra en vías de consolidación.

Por otra parte, desde el enfoque de Gesell, encontramos que la condición en que se encuentra no le permite gran movilidad ya que no puede rotar o sostener la cabeza por sí solo, a pesar de que el tamaño de la cabeza se encuentra dentro de los rangos normales, así mismo, encontramos que no puede permanecer sentado por sí solo, aunque esto también se debe a que no se le ha colocado en esta posición con frecuencia ya que es contraproducente y hasta peligroso por los drenajes que se le han colocado, encontramos

que el niño muestra prensión gruesa y su orientación visual es normal para su edad, así mismo muestra la capacidad de explorar lo que se encuentra a su alrededor, así mismo, en el desarrollo del lenguaje muestra indicios de desarrollo. A partir de estos datos podemos comentar que su desarrollo es casi normal, aunque si muestra ligeros retrasos, consideramos que se deben a las fluctuaciones en los cuidados y sobretodo a la importante problemática médica que ha venido presentando.

Finalmente, podemos comentar que los factores orgánicos involucrados en el caso de Luis, son relevantes, lo que ha contribuido en forma determinante en el estado del niño, situación a la cual, al parecer, se sumó la ausencia de la madre durante los últimos días de observación.

#### **Caso 4. Ángel**

**Edad: 3 meses**

En lo que se refiere a la madre (y el padre) observamos los siguientes elementos:

Día de observación	Juego	palabras afectuosas	Promoción de la interacción	besos	caricias	Apatía para la interacción
Primero	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Segundo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tercero	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Cuarto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Quinto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Sexto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Séptimo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Octavo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Noveno	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Cuadro 13.1

En principio, podemos comentar que Angel ha resultado ser el paciente de nuestro estudio que ha gozado cualitativa y cuantitativamente de interacciones más adecuadas y con menores fluctuaciones. En este caso tanto la madre como el padre (a diferencia del resto de nuestros casos, donde era la madre la única que se encontraba al cuidado del niño), cuidan e interactúan con el niño, cabe mencionar que para cuidarlo se turnan, por lo que uno está por las mañanas y otro por las tardes. En este sentido, las interacciones promovidas por cada uno de los progenitores tienen importantes variaciones cualitativas, aunque en ambos casos se adecuan a las capacidades del niño.

En lo que se refiere al padre, encontramos que durante el periodo de observaciones se desarrollaron ciertos cambios tanto cualitativos como cuantitativos, es decir, durante el primer día él se paraba al lado de la cuna y desde ahí observaba al niño, tocándolo únicamente con la punta de los dedos en el estómago, después de un rato de estarlo tocando, lo moviliza para darle de comer, encontramos que a diferencia de la madre, éste decide no sacar al niño de la cuna, por lo que exclusivamente lo rota boca arriba y le coloca la mamila en la boca (permitiendo en forma adecuada que el niño coma) al acomodarlo, extremaba el cuidado, tratando de tocarle lo menos posible la espalda (lugar donde Angel tiene el mielomeningocele) o la cabeza (lugar de la hidrocefalia), por lo que

la operación se vuelve complicada y lenta, consideramos que esto se debe en parte a que teme lastimarlo, pero también a que cierta fantasmática del mismo padre está depositada en estas áreas corporales de su hijo, idénticas dificultades tiene al cambiarle los pañales o darle el medicamento, ya que en ninguna de estas operaciones lo saca de la cuna, también encontramos que continuamente le está hablando (en realidad es el padre, más que la madre, quien le habla continuamente al niño), le dice palabras como: “mi Angelito te quiero mucho, pronto te vas a curar.” Así mismo, cabe señalar que en muy pocas ocasiones el padre dirigió su mirada hacia el rostro del niño, ya que únicamente contemplaba el lugar que se encontraba tocando o miraba por sobre el cuerpo del niño hacia el ventanal que se encontraba detrás de la cuna.

Esta misma situación se repite durante la mañana del segundo día de observaciones con muy ligeras variantes. Cabe comentar que la madre al niño durante el medio día, ya que en la tarde éste último es pasado al quirófano.

Para el tercer día de observaciones encontramos que el padre saca (es la primera vez que tenemos la oportunidad de presenciar este evento), al niño de la cuna, y permaneciendo sentado se lo apoya en las piernas, (consideramos que por primera vez se atreve a manipular al niño en una forma menos temerosa y más cálida y cercana), así mismo, se le observa un tanto inseguro al realizar esta operación, ya que se le ve incómodo, deducimos esto, a partir de que continuamente está re acomodando el brazo izquierdo por debajo del dorso y la cabeza del niño, además, la cabeza del niño se encuentra por debajo de la de él, por lo que se hace imposible el contacto entre las miradas, o que el niño le mire el rostro, por su parte, el padre alcanza a observar desde arriba la cara del niño, en esta posición le coloca la mamila en la boca y el niño comienza a succionar, mientras tanto el padre se mantiene en silencio y eventualmente deja de ver al niño para observar a las demás personas que se encuentran en el ambiente, al terminar lo regresa a la cuna y comienza a cambiarlo, durante esta operación el padre le habla continuamente, y el niño “contesta” con vocalizaciones y ligeros gritos de mediana intensidad y bastante continuidad, además de mover ligeramente los brazos, situación que se prolonga después de que el padre lo ha cambiado, y comienza a tocarle el vientre con la punta de los dedos, aunque en ningún momento se establece el contacto ojo a ojo, ya que el padre lo evita, colocándose fuera del rango de visión del niño, con el paso del tiempo, va decreciendo la actividad “y la conversación” hasta que a los 40 minutos se vuelve sumamente esporádica, y finalmente el niño queda dormido.

Detectamos que en este día, el niño se encuentra mucho más activo en cuanto a las respuestas a los estímulos que le prodiga su padre, consideramos que esto se debe en gran medida a que fue operado hace unos pocos días, situación que sumada a la rica cantidad y calidad de interacciones que tiene con sus padres mejoró su estado anímico.

Para el cuarto día, el padre permanece con el niño por la mañana, continuamente le está hablando diciéndole “angelito”, al cambiarle los pañales lo hace con mayor velocidad, habilidad y seguridad, consideramos que esto se debe a la experiencia que ha estado adquiriendo, además de que la condición del niño es mejor, después de esto lo alimenta, y a diferencia de la vez anterior en esta oportunidad no lo saca de la cuna, aunque si le está hablando en voz baja, diciéndole continuamente: “Angelito”, “muy bien Angelito”, Cabe resaltar que no lo abraza o acaricia, además de no darle besos, como hemos podido

observar en las madres de nuestro estudio. Únicamente se restringe a estas pocas palabras, y a tocarle la nariz con el dedo, dándole ligeros “golpecitos” mientras le sigue diciendo “Angelito”, en este momento el niño comienza a emitir sonidos bucales y balbuceos de diferente tono y volumen, el padre deja de tocarlo pero el niño continúa emitiendo sonidos durante cerca de 20 minutos, así mismo por periodos breves moviliza los brazos ligeramente.

Al preguntarle por qué en esta ocasión, al darle de comer al niño no lo cargó responde que se siente inseguro y teme que pueda lastimar la cabeza del niño o provocar que se abran las suturas, sin embargo indica que la madre si se atreve a cargarlo, ya que: “ella tiene más práctica en estas cosas”.

Después de esto le da la rehabilitación moviéndole los pies suavemente y a flexionarle las piernas, nos indica que esto es parte de la rehabilitación que requiere el niño para que mejore, ésta serie de ejercicios la realiza con sumo cuidado, (nos da la impresión de que teme ser brusco y lastimar al niño). Al terminar, el padre se sienta al lado de la cuna, fuera del campo visual del niño quien se queda dormido rápidamente, por lo que el padre se retira.

Para el quinto día, así como los subsecuentes, encontramos que el padre ha adquirido más seguridad, por lo que al darle de comer, lo saca de la cuna y se lo apoya en las piernas, aunque el contacto ojo a ojo, en ningún momento se pudo registrar, a pesar de que el niño trataba de establecerlo por momentos. Durante la alimentación el padre le está hablando en forma esporádica, con voz tenue y tierna le dice que está comiendo muy bien y que es un niño muy bonito.

Al terminar de darle de comer y cambiarlo continúa con la actividad de tocarlo en el vientre con la punta de los dedos, además de estarle hablando en forma tierna, a lo que el niño responde con balbuceos y pequeños gritos, además de seguir tratando de establecer el contacto ojo a ojo, sin embargo parece que el padre no se percata de esto, por lo que no busca la mirada de su hijo y permanece viendo el total del cuerpo del niño, y manteniendo su atención en el vientre del niño que es lo que se encuentra acariciando con los dedos. Durante la rehabilitación que le procura, continuamente le está hablando además de flexionarle las extremidades con sumo cuidado pero en forma más activa e intensa que en el cuarto día, por lo que, consideramos que las interacciones procuradas por el padre han resultado, con el paso de los días, más cercanas y afectivas, tanto cualitativa como cuantitativamente.

En lo que se refiere a la madre, encontramos que ésta mantuvo una mayor homogeneidad tanto cualitativa como cuantitativa en las interacciones y cuidados del niño, fue ella quien le proporcionó la mayor cantidad de sesiones de alimento, (tres de cuatro diarias).

A diferencia del padre, la madre en todas las ocasiones sacó al niño de la cuna, se lo colocó sobre las piernas y estableció contacto con sus ojos, el niño a su vez, respondía activamente, después procedía a darle de comer. Debido al gran tamaño de la cabeza, (por ésta misma razón el bebé no alcanza a sostenerla por sí sólo), la madre emplea todo el brazo (la abraza) para mantenerla en una posición adecuada y aparentemente cómoda para el niño.

A todo lo largo de las observaciones encontramos que besaba y acariciaba al niño cuando lo cambiaba, después de darle de comer (en promedio 15 a 20 minutos) o al llegar e irse, así como cuando el niño despertaba y comenzaba a emitir vocalizaciones o ligeros chillidos.

Sin embargo, a diferencia del padre, ella le hablaba en raras ocasiones en una de estas logramos registrar que la madre le decía “no vas a llorar”, “te vas a portar bien”, así mismo, encontramos que el niño balbuceaba y gritaba menos con ella que con el padre, pero buscaba con mucho mayor insistencia el contacto ojo a ojo.

Durante el primer día de observaciones detectamos que al colocarlo nuevamente en la cuna el niño rompe en llanto, al preguntar a la madre acerca del llanto, nos dice que es por que le duele su “granito” (el mielo), pero al comenzar a acariciarlo deja de llorar y se queda dormido.

En el segundo día tenemos la oportunidad de presenciar, una vez más, la habilidad de la madre para manipular al niño y darle de comer, coloca su rostro dentro del campo visual del niño y establece el contacto ojo a ojo, el niño responde favorablemente a esta posición y mira a su madre a los ojos por periodos (Lo que nos constata el grado de armonía y buen ritmo que se desarrolla entre ambos). Como mencionamos anteriormente, no le dirige ninguna palabra, por lo que pasan todo el rato sin emitir sonidos, el niño tampoco realiza ningún tipo de sonido, al parecer parte de su acoplamiento a la madre es este silencio compartido. Cuando la madre termina de darle de comer, procede a cambiarlo, en esta operación, el niño lloriquea ligeramente, sobretodo cuando la madre desaparece de su campo visual. Al terminar, lo deja en la cuna y se sienta a su lado, ella permanece callada observando al niño y lo que ocurre en el ambiente, mientras que el niño, queda en un estado tranquilo y atento, explorando su alrededor, girando ligeramente la vista y movilizandolos brazos cuando se escucha algún ruido fuerte, para después quedar dormido. Al despertar, comienza a lloriquear, por lo que la madre se acerca a él y lo acaricia en la cabeza y en el cuerpo, las caricias sobre la cabeza son apenas rozando la piel del niño, mientras que las que ejerce sobre el cuerpo son más intensas, además de que cubren un área mayor y tienen más duración, con lo cual el niño rápidamente se calma, cabe señalar que esta serie de interacciones se realizan durante el medio día, ya que para las 4 de la tarde el niño es llevado al quirófano para que le sea colocado el SDVP, y se le retire el mielomeningocele, por lo que el registro de las interacciones de éste día aquí terminan.

Cabe señalar que la madre lo acaricia, mientras que el padre únicamente le da ligeros golpes con los dedos, sobre la panza o la nariz, pero por otra parte, es el padre quien le habla con más frecuencia, a lo que el niño responde rápidamente. Otra diferencia es que la madre lo besa y establece el contacto ojo a ojo, mientras que el padre no. Los siguientes días de observación continúan bajo estas mismas cualidades de interacción, ya que, como comentamos más arriba, la madre mantuvo a todo lo largo de las observaciones una constancia en cuanto a la calidad y la cantidad de las interacciones sobre el niño.

Finalmente, podemos comentar que Ángel se ha visto expuesto a estilos de interacción muy distintos, (y complementarios) donde cada uno de sus padres estimula e interactúa

con el niño por diferentes canales, quien por su parte, parece acoplarse en forma adecuada también.

En lo referente específicamente al niño encontramos los siguientes elementos: en principio, encontramos que responde bien y armónicamente a las distintas interacciones con sus padres. Mientras que con su padre “platica” mediante vocalizaciones y gritos, con su madre la comunicación se realiza con mucho mayor frecuencia a través del contacto ojo a ojo, los besos y las caricias.

Durante el segundo día de observaciones Angel es pasado al quirófano, para que le sea retirado el drenaje y se le coloque el SDVP, con lo que se espera una sustancial mejora en el aspecto médico, además de que este es el último paso del tratamiento, con lo que después de un tiempo de recuperación y observación podrá ser dado de alta.

A partir del tercer día y hasta el final de las observaciones, detectamos un importante cambio en el niño, ya que el volumen y la frecuencia de los sonidos que emite es mucho mayor que antes de ser operado, así mismo, permanece sustancialmente, más tiempo despierto y activo, por lo que encontramos que la cirugía tuvo importantes repercusiones en su estado, lo que impacto positivamente la calidad de las interacciones y su respuesta a los estímulos de sus padres.

Finalmente, podemos comentar que Ángel, ha resultado ser uno de los pacientes más activos de nuestro estudio, empleando gran cantidad de medios de interacción, además de chuparse el dedo pulgar de la mano izquierda cuando se encontraba solo, también podemos señalar que si bien no tenía juguetes en la cuna, tomaba los dedos de sus padres cuando lo tocaban o le daban de comer.

Día de observación	Juego y juguetes	Exploración del medio que le rodea	Presencia de balbuceos	Risas	Gritos	Llanto	Disposición para la interacción
Primero	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Segundo	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Tercero	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuarto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Quinto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sexto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Séptimo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Octavo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Noveno	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Cuadro 13.2

Consideramos que la variada y rica estimulación a la que Angel ha sido sometido por parte de sus padres, sumada a la pertinente intervención médica, han generado en el niño un adecuado desarrollo. Ángel presenta la sonrisa, el primero de los organizadores propuestos por Spitz, ya que responde con suma frecuencia a la sonrisa con sonrisas, tanto por parte de sus padres como de extraños (esta respuesta la pudimos constatar personalmente en diversas ocasiones).

Por otra parte, en lo referente al nivel de desarrollo propuesto por Gesell, encontramos que Angel, en el aspecto motor, muestra importantes retrasos, ya que no sostiene la cabeza (por el gran tamaño que esta tiene), no moviliza las extremidades inferiores, aunque tiene control sobre sus brazos y manos, y alcanza la prensión gruesa, sigue (en lo que la cabeza se lo permite) los objetos con los ojos. En el aspecto adaptativo, alcanza a mirar atentamente su mano, la mamila y otros objetos que se encuentran cerca y dentro de su campo visual, en lo referente al lenguaje, podríamos considerar que su desarrollo es normal, ya que balbucea, runrunea, hace gorgoritos y ríe, además de la gran atención que presta a la voz humana, sobretodo a la de sus padres. Finalmente en el aspecto de las relaciones sociales, ya “reconoce” el rostro, las manos y la voz de la madre y la de su padre, manifestando este reconocimiento con múltiples expresiones, como los gritos, el movimiento de los brazos, y el balbuceo.

Finalmente, podemos comentar que los factores orgánicos involucrados en el caso de Ángel son de relevancia, ya que la cabeza implica una tercera parte del tamaño total del niño, y el mielomeningocele, dañó en forma importante las fibras nerviosas que van a las extremidades inferiores, por lo que éstas se encuentran atrofiadas, y probablemente la rehabilitación no tenga importantes alcances, sin embargo la oportuna y adecuada intervención médica, sumada a las estimulantes interacciones generan un buen pronóstico general en el caso de Ángel.

### **Caso 5. Jesús**

**Edad: 11 meses**

En lo que se refiere a la madre observamos los siguientes comportamientos:

Durante el primer día de observaciones, detectamos que la madre se encuentra sumamente cansada, por lo que se queda dormida junto a la cuna del niño, éste responde quedándose dormido también, (resulta significativo que ambos se duerman al mismo tiempo, donde es el niño quien sigue a su madre en esta conducta, lo que nos habla de la armonía que existe entre ambos), aunque no debemos de olvidar que el niño padece una importante infección, lo que contribuye en forma importante a estos estados de sueño en el niño. Cuando la madre le da de comer, encontramos que lo saca de la cuna y lo apoya sobre sus piernas, manteniendo el dorso y la cabeza sostenidos por su brazo y hombro derechos, mientras sostiene la jeringa y le suministra el alimento con la mano izquierda, la madre mantiene la mirada sobre el rostro del niño y realiza la operación hábilmente y con sumo cuidado, (lo que refleja que ya tiene práctica en este tipo de operaciones), mientras tanto el niño permanece con los ojos semi abiertos, durante todo el tiempo que duró la manipulación no emite ningún tipo de sonido ni moviliza los miembros, aunque no se encuentra hipotónico, mantiene los brazos pegados al cuerpo, la madre a su vez, lo mira al rostro y eventualmente observa lo que ocurre alrededor. También, en esporádicas ocasiones le habla con palabras dulces y de muy bajo volumen, además de que le acaricia ligeramente el cuerpo, aunque omite la cabeza. Durante este tiempo el niño no emite ningún tipo de sonido y únicamente movió la mano derecha hacia la mamila alcanzando a tocar con los dedos la mano de su madre que sostiene la mamila, sin embargo, este

contacto es muy breve y rápidamente vuelve a bajar la mano y a apoyarla sobre su dorso, después de esto deja de succionar. Y la madre interrumpe la alimentación.

Esta serie de operaciones nos muestran la buena calidad de interacciones que mantienen, la madre se encuentra abierta y perceptiva a los mensajes que le manda Jesús, cambiando sus actitudes y la manipulación que ejerce sobre el niño, al terminar todas las operaciones la madre se queda sentada al lado de la cuna del niño y este permanece tranquilo, aunque no explora el medio que lo rodea tampoco varía su estado en respuesta a los sonidos y eventos del ambiente, para finalmente quedar dormido. Ya por la tarde como por la noche la madre lo despierta para darle las comidas y cambiarlo, en estas ocasiones ninguno de los dos emite el más mínimo sonido, además de que tampoco toca a la madre con sus dedos, y su cuerpo está totalmente hipotónico. Con más evidencia observamos a la madre sumamente cansada, sobretodo durante la noche, por lo que su estimulación es poco intensa.

Para el segundo día de observaciones se reporta que el niño continúa con una fuerte infección, así mismo, encontramos que el equipo de rehabilitación se encuentra enseñándole a la madre la forma de hacer los ejercicios, ella se muestra participativa aunque se sigue viendo sensiblemente deprimida, ayuda al equipo en lo que puede y manipula al niño movilizándole las extremidades, los ejercicios duran alrededor de 45 minutos, durante todo este tiempo el niño permanece somnoliento a pesar de la gran manipulación que varias personas están realizando sobre él, tampoco en el momento que se le cambia o se le da el alimento, muestra interés.

Por su parte la madre al alimentarlo, lo besa y acaricia, aunque en forma sumamente esporádica (omitiendo en los besos la cabeza, aunque si la llega a acariciar levemente, la cara), además mantiene su rostro a una distancia adecuada del rostro del niño (20 a 25 cm), y dentro del campo visual de éste, facilitando con esto que el niño la mire, sin embargo, Jesús casi no abre los ojos, por lo que nos da la impresión de que no la mira, al terminar de darle de comer, lo deja sobre la cuna y Jesús se queda rápidamente dormido, por su parte la madre intercambia breves comentarios con las demás mamás de los pacientes del ambiente, aunque se le observa fastidiada.

En términos generales podemos comentar que encontramos a la madre sumamente cansada aunque cooperativa y preocupada por el estado de su hijo, por su parte el niño está estable aunque sin mejora, además de que el equilibrio en la relación se mantiene sin cambios.

Para el tercer día de observaciones se comenta que el niño está respondiendo adecuadamente a los medicamentos, por lo que los datos de infección no han aumentado, sin embargo, Jesús continúa adormilado constantemente, por su parte la madre sigue con los ejercicios de rehabilitación, realizando la alimentación y el resto de los cuidados operatorios en forma adecuada, además de acariciarlo, hablarle y besarlo en forma aislada, al hablarle lo hace con frases cortas y en un volumen sumamente bajo, encontramos que esto es ligeramente estimulante para el niño, ya que cuando su madre le habla, la poca intensidad con que succiona el alimento, aumentó un poco.

Finalmente, podemos comentar que a pesar de que la madre se observa ligeramente más animosa, sus interacciones resultan ser hasta cierto punto pobres, y únicamente se desarrollan durante la alimentación, o la rehabilitación, a pesar de que la infección ha detenido su avance, por lo que el factor orgánico está dejando de ser un elemento de peso que genera el comportamiento deprimido de Jesús, lo que nos lleva a pensar que probablemente se trata de una depresión compartida y generada más del lado de la madre que del niño.

Durante el quinto día, las interacciones resultaron ser sumamente escasas, ya que la madre salió del INP durante gran parte del día y únicamente se presentó a darle de comer (en tres de las cuatro sesiones de alimento), y cambiarlo, para después volverse a ir, durante estos breves episodios le hablaba tiernamente aunque no lo acarició o besó más que cuando se va a retirar, por su parte el niño permaneció dormido durante casi todo este tiempo, aunque cabe señalar que los tratamientos están teniendo éxito, ya que los datos de infección, ahora están disminuyendo en forma considerable.

En el sexto día de observaciones, encontramos a la madre de mucho mejor ánimo, al preguntarle a que se debe, indica que pronto los van a dar de alta, con lo que podrán regresar a su casa, ya que “está cansada de estar en hospitales”, su actuar sobre el niño es mucho más dinámico y estimulante, encontramos que lo besa y acaricia con más frecuencia, además de prodigarle más palabras de afecto, los ejercicios de rehabilitación los realiza durante más tiempo, consideramos que si bien, las interacciones en su aspecto operativo han sido adecuadas y constantes a lo largo de todas las observaciones, a partir del quinto día, el aspecto afectivo ha tenido un importante repunte, se le observa de mucho mejor humor y menos cansada, consideramos que este es el caso más evidente y agudo de depresión intrahospitalaria parental y, probablemente por ende, (lo que podríamos considerar como contagio) también del niño, desde la perspectiva teórica que nos encontramos manejando.

Durante los tres siguientes días de observaciones, encontramos que esta serie de cuidados afectivos se mantuvieron tanto cualitativa como cuantitativamente, la madre le prodiga continuas muestras de afecto cuando le realiza los cuidados, tanto ella como el niño se observaban más activos y de mejor humor, hasta que finalmente terminamos nuestras observaciones y un día después fueron dados de alta. Como en el resto de los pacientes, al referirnos a la actividad de la madre y sus interacciones para con el niño, encontramos los siguientes datos:

Día de observación	Juego	Palabras afectuosas	Promoción de la interacción	Besos	Caricias	Apatía para la interacción
Primero	No	Sí	Sí	No	Sí	No
Segundo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tercero	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Cuarto	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Quinto	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Sexto	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Séptimo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Octavo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Noveno	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Cuadro 14.1

En lo referente específicamente al niño encontramos las siguientes conductas:

Durante el primer día se le vio ligeramente participativo, sin embargo, durante el segundo día de observaciones lo encontramos sumamente pasivo, atribuimos esta situación a que padece de una fuerte infección, además de que la madre tampoco lo estimula con gran ahínco, durante los ejercicios de rehabilitación, como la alimentación, las curaciones y los cambios de ropa, mantiene casi todo el tiempo los ojos cerrados, y cuando terminan las interacciones se queda rápidamente dormido. Podemos resaltar que durante la alimentación, el niño casi no succiona el alimento de la mamila, por lo que este cae dentro de su boca por gravedad.

Ya en el tercer día, el niño responde ligeramente mejor a las interacciones, succiona con más intensidad cuando su madre le habla, además de tratar, sin éxito, de establecer el contacto ojo a ojo. Sin embargo, todavía se le observa sumamente adormilado.

Para el cuarto día, las cosas cambian ligeramente, ya que se le ve más despierto con los ojos abiertos pero no totalmente y la mirada hacia el techo sin tratar de rotarla, además de estar en absoluto silencio. Al alimentarlo, succiona con más fuerza en comparación a los días anteriores, la madre se mantiene dentro del campo visual del niño, a una distancia de 20 cm y lo observa al darle de comer, sin embargo, el niño mantiene los ojos cerrados durante todo el tiempo. Ya por la tarde, abre un poco más los ojos y moviliza ligeramente los brazos y las manos al escuchar la voz de su madre, por lo que consideramos que está más reactivo y capaz de interactuar, posiblemente debido, en gran medida a la disminución de la infección. Durante el quinto día de observaciones se reporta que los datos de infección han cedido en forma importante, sin embargo, el niño, pasó casi todo el tiempo dormido, esto lo relacionamos, entre otros factores, con el hecho de que su madre estuvo ausente gran parte del día, además de que él se encuentra recuperando.

En el sexto día de observaciones encontramos una serie de modificaciones en el estado del niño, ya que se encuentra aceptando mayor cantidad de alimento, además toca con los dedos, los dedos y manos de su madre, así mismo encontramos que por primera vez explora ligeramente el ambiente en que se encuentra y pone un poco de atención a los eventos que suceden a su alrededor, aunque prácticamente continúa sin emitir sonido alguno, recién en la tarde lloriquea ligeramente en los momentos en que su madre lo cambia (primera vez que lo escuchamos llorar). Al preguntar a esta acerca del llanto del niño, comenta que antes de traerlo al INP en ocasiones lloraba, pero cuando se puso tan grave, dejó de llorar y únicamente dormía, esta serie de cambios en el estado del niño, los atribuimos entre otras causas, principalmente a la disminución en los datos de infección gracias a una mejor respuesta a los tratamientos, el adecuado funcionamiento del SDVP, y a la respuesta al cambio positivo de la actitud de su madre, que promovió una interacción de mayor calidad y cantidad en el aspecto afectivo.

Los tres días finales de observaciones encontramos que el niño permanecía más tiempo despierto y dispuesto a interactuar, cabe señalar que todavía durante el séptimo día se detectaron indicios de infección, sin embargo, para el octavo y noveno días de observación, los indicios de infección habían desaparecido totalmente, encontramos que

la cantidad de alimento que aceptaba Jesús era mayor y alcanzó a establecer el contacto ojo a ojo con su madre. Se le veía más reactivo y movilizaba ligeramente los brazos y las manos, aunque no detectamos la presencia de balbuceos o gritos y mucho menos sonrisas. Por lo que muestra un importante retraso.

Día de observación	Juego y juguetes	Exploración del medio que le rodea	Presencia de balbuceos	Risas	Gritos	Llanto	Disposición para la interacción
Primero	No	No	No	No	No	No	No
Segundo	No	No	No	No	No	No	No
Tercero	No	No	No	No	No	No	Sí
Cuarto	No	No	No	No	No	No	Sí
Quinto	No	No	No	No	No	No	No
Sexto	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Séptimo	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Octavo	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Noveno	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí

Cuadro 14.2

Encontramos que las complicaciones médicas en el caso de Jesús han resultado ser sumamente importantes, lo que en gran medida ha resultado ser el origen del retraso que muestra, desde la perspectiva de los organizadores de Spitz, ya se debería de detectar el segundo de estos, sin embargo, ni siquiera el primero es visible. Por otra parte, desde el nivel de desarrollo aportado por Gesell, encontramos que en el aspecto motor el retraso es sumamente importante (ya debería de gatear, sostener la cabeza, girarse, sentarse y tener prensión fina) sin embargo, nada de esto es capaz de hacer, además de que no puede mover las extremidades inferiores en lo más mínimo. En el aspecto adaptativo, no manipula objetos, aunque muestra un principio de prensión gruesa. En lo referente al lenguaje, únicamente detectamos algunos lloriqueos al final de las observaciones, pero esto no se puede considerar plenamente como una forma de lenguaje, al menos desde los indicadores que nos marca Gesell. Finalmente, desde la perspectiva social, se encuentra sumamente lejos de los que se puede esperar de un niño cercano al año de edad, aunque responde a los mensajes de su madre con ligeros movimientos, en términos generales su retraso global es severo, sin embargo es más atribuible a los aspectos médicos que a una carencia en la calidad de las interacciones.

Finalmente, consideramos que resultó sumamente evidente la influencia del estado de ánimo de la madre en las interacciones y la repercusión de estas en la actividad y respuesta del niño, ya que cuando ella se “curó de su depresión” y lo estimuló en forma más activa, esto sumado a la desaparición de la infección, el niño comenzó a responder en forma relevante.

**Caso 6. Paloma****Edad: 6 meses**

En lo que se refiere a la madre observamos los siguientes aspectos:

Durante el primer día de observaciones, encontramos que al llegar por la mañana la madre, le dice a la niña, “ya llegue preciosa”, “mi bebé, la más linda”, después la toma entre sus brazos y la levanta de su cuna, acerca su rostro al de la niña y toca su mejilla con su nariz y con su propia mejilla, después se sienta en la silla y sienta a la niña en sus piernas, teniendo sumo cuidado con la cabeza. Las caricias, los besos las palabras de afecto y las miradas duran cerca de cinco minutos, para después mostrar un detrimento en la actividad hasta que la niña se queda dormida y es devuelta a la cuna, la madre permanece sentada a su lado hasta la hora de la comida, para realizar esta operación levanta a la niña de la cuna y se sienta en la silla que se encuentra al lado de la cuna y coloca a la niña sobre sus piernas, apoya el dorso y la cabeza sobre su brazo izquierdo y le da la mamila con la mano derecha, sin embargo la niña parece ahogarse constantemente, por lo que la madre retira la mamila cada vez que ocurre esto, Paloma regresa gran parte del alimento, por lo que la madre lo limpia de su rostro, cuando la niña se recupera a los pocos segundos, le vuelve a colocar la mamila en la boca. El rostro de la madre se encuentra cerca de la niña, (a unos 25 cm) por lo que el contacto ojo a ojo se podría establecer, pero el estrabismo de la niña lo impide.

A partir de estos datos deducimos que existe una buena armonía entre las capacidades y necesidades de la niña y las respuestas de la madre, así mismo consideramos que existe un buen equilibrio entre sus cuidados, esto es, entre los aspectos operatorio y afectivo. Así mismo, encontremos que la madre combina los dos tipos de cuidados, durante el cambio de ropa, la alimentación, la administración de medicamentos, y de los ejercicios de rehabilitación, las muestras de afecto están constantemente presentes. cabe señalar que la madre no permanecía el total del tiempo que podía pasar con la niña, ya que salía de compras o a realizar otras actividades.

El segundo y tercer día de observaciones continuaron sin mucho cambio, aunque detectamos que la niña permanecía en un estado somnoliento, durante el cuarto día de observación la niña estaba más deprimida en cuanto a su actividad y no respondía con la misma intensidad a los estímulos externos, situación que atribuimos principalmente a la infección que la niña padecía y al incremento en la PIC, por su parte la madre se mantenía tolerante ante esta actitud de la niña, permaneciendo sentada al lado de la cuna, aunque por nuestra parte la percibíamos sombría.

Para el quinto día de observaciones, encontramos que la madre se encuentra muy deprimida, todas las manifestaciones de afecto para con la niña han cesado, al entrevistar a la madre al respecto, comenta “que está viviendo un problema sumamente fuerte y que no encuentra solución alguna, por lo que se siente sumamente deprimida y angustiada, agrega que se da cuenta que esto está afectando a la niña”, por lo cual su malestar aumenta considerablemente. Sin embargo, se siente incapaz de encontrar una solución.

Durante los días sexto y séptimo la situación no varió, los cuidados operatorios se mantuvieron constantes y adecuados, y los aspectos afectivos estaban ausentes, la madre se observaba ensimismada, pasando gran cantidad de tiempo al lado de la cuna de la niña sin interactuar con esta.

Para el octavo día, la situación muestra un nuevo giro, encontramos a la madre mucho más animada, las palabras de afecto, los besos y las caricias se vuelven a incorporar con gran intensidad, a todas las interacciones operativas, se vuelven a sumar las interacciones de orden afectivo, por lo que la mezcla vuelve a ser adecuada, (desde nuestra perspectiva recobra los estándares de lo que consideramos una madre lo suficientemente buena).

Al preguntarle por este importante cambio, indica que su problema finalmente se solucionó, por lo que puede volver a dedicarse por entero al cuidado de su hija, por lo que se siente sumamente contenta. Agrega que el ver que la niña responde con la misma intensidad, se siente todavía mejor y con mayores ánimos.

Durante el último día de observaciones, encontramos que las interacciones continúan siendo adecuadas, la madre es sumamente afectuosa, con lo que el equilibrio de las interacciones afectivas y operacionales perdido durante el problema de la madre, se recobró.

Día de observación	Juego	palabras afectuosas	Promoción de la interacción	Besos	caricias	Apatía para la interacción
Primero	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Segundo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tercero	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Cuarto	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Quinto	No	No	No	No	No	Sí
Sexto	No	No	No	No	No	Sí
Séptimo	No	No	No	No	No	Sí
Octavo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Noveno	no	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Cuadro 15.1

En lo referente específicamente a la niña encontramos los siguientes elementos:

Durante el primer día de observaciones, encontramos que la niña se encuentra tranquila y atenta, se chupa el dedo continuamente, al tocarle, encontramos que toma uno de nuestros dedos con su mano y lo presiona ligeramente. Al tocarle el tórax y hablarle con ternura, moviliza manos y pies, también al tocarle los miembros los moviliza, al parecer disfruta de esto ya que muestra cierta sonrisa, sobre todo cuando se le acaricia el cuerpo o uno se acerca a ella. Cuando la madre regresa al ambiente, y al hablarle a la niña, esta Paloma deja de chuparse el dedo y comienza a movilizar brazos y piernas, además de parecer buscar a la madre con la mirada, cuando la saca de la cuna, Paloma responde tocando el las manos, brazos y hombros de su madre, aunque con poca coordinación, además de emitir ligeros balbuceos, el encuentro y el intercambio de afecto dura cerca de 5 minutos, después la niña comienza a quedarse dormida, sin embargo, cada vez que su madre se mueve o habla despierta y abre bien los ojos, para finalmente quedarse dormida, cuando esto ocurre la madre la regresa a la cuna.

Los dos siguientes días, la actividad de la niña decrece, y permanece somnolienta, La madre nos reporta que la niña duerme mucho, y que se cansa con facilidad, por lo que después de cierta actividad se queda dormida por bastante tiempo. para el cuarto día de observaciones se deprime aún más y se muestra sumamente irritable, como factor orgánico, podemos considerar que la PIC se ha incrementado sustancialmente, además de que la madre se muestra sumamente distante, lo cual ha conducido a que el aspecto afectivo de las interacciones decrezca sustancialmente, al grado de que casi ha desaparecido, no ocurriendo lo mismo con el aspecto operativo que se mantiene estable y sin cambios.

Durante el quinto día de observaciones encontramos que la niña permanece dormida casi todo el tiempo, y cuando se le manipula se irrita y permanece somnolienta, nos da la impresión de que comparte con su madre el aislamiento y la depresión, cabe mencionar que el buen progreso que se estaba presentando en el aspecto médico con la disminución de signos de infección se ha revertido, y estos signos han aumentado considerablemente.

Esta situación se mantiene durante los días sexto y séptimo de las observaciones, la actitud de la niña es apática en términos generales, además de que la infección continúa su avance, únicamente durante el séptimo día este aspecto se estabiliza, esto sucede gracias al cambio de tratamiento por uno más eficaz.

Durante el octavo día, encontramos que la actitud de la niña cambia radicalmente, la encontramos más despierta y participativa, ante las caricias, besos y palabras de su madre, responde con ligeras movilizaciones de las manos y los brazos, además de tomar los dedos de su madre con las manos, acto que dejó de realizar durante los días previos, así mismo cuando se molesta lloriquea por momentos, aunque rápidamente cesa su llanto, y recupera un estado calmo y atento, una vez más encontramos ciertas sonrisas cuando su madre pega su nariz a la de la niña, y le habla tiernamente. Así mismo, encontramos que la cantidad de alimento asimilado por la niña ha aumentado sustancialmente.

Para el último día de observaciones encontramos que la actividad de la niña continúa siendo prolífica, responde adecuadamente a los estímulos de su madre, y parece estar contenta, permanece mucho más tiempo despierta, presenta ligeros balbuceos cuando se le da de comer o la madre le habla, aunque cabe señalar que en ningún momento a lo largo de todas las observaciones detectamos grito alguno. Así mismo continúa lloriqueando cuando algo parece molestarle o incomodarle, como cuando le realizan algún tipo de curación.

En lo referente a la infección, esta no ha desaparecido, pero continúa cediendo, además, la niña presenta, otras afecciones de relevancia, por lo que todavía falta tiempo para que sea dada de alta.

Día de observación	Juego y juguetes	Exploración del medio que le rodea	Presencia de balbuceos	Risas	Gritos	Llanto	Disposición para la interacción
Primero	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
Segundo	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Tercero	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Cuarto	No	No	No	No	No	Sí	No
Quinto	No	No	No	No	No	Sí	No
Sexto	No	No	No	No	No	Sí	No
Séptimo	No	No	No	No	No	Sí	No
Octavo	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Noveno	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí

Cuadro 15.2

En lo que se refiere al desarrollo de la niña, encontramos que desde los organizadores propuestos por Spitz, la niña debería de presentar claramente el primer organizador, y estar en camino de la conformación del segundo, al observar a la niña, encontramos que la sonrisa (primer organizador), se observó en forma fluctuante, es decir, se detectó antes y después de la depresión (compartida) que vivieron Paloma y su madre, así mismo podemos señalar que la niña no presentaba con la frecuencia usual (normal para la mayoría de los niños), esta respuesta indicativa de la presencia del primer organizador, por lo que consideramos que este organizador no se encuentra plenamente establecido en Paloma, lo que nos habla de un retraso importante, así mismo, desde la perspectiva de Gesell, encontramos datos que coinciden, ya que para la edad que tiene, desde la perspectiva del desarrollo motor, debería de sentarse sola, manteniendo erguido el tronco, sin embargo, por cuestiones netamente orgánicas (el tamaño de la cabeza), Paloma se encuentra muy lejos de lograr realizar esta operación, así mismo, todavía no cuenta con prensión fina, aunque ya presenta en forma aislada la prensión gruesa. En lo referente a la conducta adaptativa, toma ciertos objetos, aunque lo único que se lleva a la boca es su dedo, además de no tener la capacidad de lanzar objetos y después recuperarlos, en lo que se refiere al lenguaje, no cuenta con las vocalizaciones que se esperan en un niño de su edad, y únicamente pudimos detectar aislados balbuceos.

Es así, como encontramos que Paloma tiene un importante retraso psico-motor, consideramos que en gran medida se debe a cuestiones orgánicas, ya que las interacciones al parecer, a pesar de tener un periodo de decaimiento, en general parecen ser equilibradas.

Finalmente, podemos comentar que este caso, constata la observación de que los niños se han mostrado extremadamente susceptibles a los cambios y fluctuaciones en las interacciones, sobre todo afectivas.

Para terminar esta exposición de los indicadores de interacción y análisis de comportamiento, podemos señalar que a partir de los datos comentados, contamos con elementos suficientes como para comenzar a delimitar tanto los rasgos comunes como particulares de los casos del estudio, y realizar el análisis de los casos, para finalmente integrar, toda la información en la discusión de resultados.

### 6.3 Rasgos comunes en los casos del estudio.

En este apartado agrupamos los datos recabados, por factores similares que están afectando de una u otra forma la situación de las parejas madre-bebé estudiadas, con lo que obtenemos los rasgos comunes que mantienen las diferentes parejas madre-niño que conforman nuestro estudio, con la agrupación de estos datos, alcanzamos un mayor entendimiento de las dinámicas al interior de las interacciones precoces, así como elementos que son generales para la muestra. Así mismo, cabe señalar que dividimos los rasgos en grupos generales por sus características y filiación, esto es, a pesar de que, como hemos visto en diversas oportunidades, no es posible realizar una diferenciación absoluta de los aspectos de la madre de los del niño, y éstos de los de factores externos a la diada, que la afectan directa e indirectamente, por cuestiones didácticas agrupamos los rasgos comunes en secciones, donde se enfatizan, ya sean los aspectos maternos, o los referentes al niño, o los factores externos.

#### 1. Del lado de la madre.

##### **Embarazo, parto y primeros días de vida de los niños.**

- Todos los casos nacieron en medio hospitalario, por cesárea.
- Todos los pacientes cuentan al momento del estudio con una edad que se encuentra dentro del rango de los 3 meses a los 11 meses de edad.
- En los casos de Ángela, Luis, Jesús y Paloma, las madres mencionan que ellas tuvieron una serie de malestares durante el embarazo, y que debido a esto tomaron medicamentos.
- ✓ Estas mismas madres consideran que la ingesta de los mencionados medicamentos resultaron ser un factor importante para que el niño enfermara y sufriera en la actualidad la hidrocefalia y las demás enfermedades que padecen.
- ✓ También encontramos que las mismas madres indican que, como estaban muy sensibles durante el embarazo, se enojaban y deprimían constantemente, por lo que consideran que éste fue otro importante factor para que enfermaran los niños.
- En los casos de Ángela, Abril, Luis y Ángel, las madres reportan un importante dolor psicológico generado durante el nacimiento, por no poder ver el rostro del niño cuando este nació.
- ✓ Las madres señalan que el cuerpo médico que las asistió durante el nacimiento del niño, únicamente les informó que se los tenían que llevar a atender de emergencia, y a pesar de que ellas comentan que les solicitaron que les permitieran ver a los niños, no se les hizo caso.

- Otro elemento importante es el hecho de que los niños fueron separados de sus madres inmediatamente después del nacimiento, por lo que la interacción ultra precoz que se genera usualmente en las primeras horas y días posteriores al nacimiento no se desarrolló (todos los casos). Sin embargo, cabe señalar que este es un procedimiento normal en las unidades asistenciales del país.
- En todos los casos las madres reportan que se tenían expectativas importantes antes de saber de la enfermedad, al tener conocimiento de ésta, señalan que les sobrevino una gran angustia y depresión además de un gran sentimiento de culpa.
- Las madres de Ángel, Ángela, Abril, Jesús y Paloma reportan que han vivido una gran angustia a partir del constante crecimiento de la cabeza, es decir, señalan que la cabeza parecía no parar de crecer, (hasta que fue colocada el SDVP), lo cual, a su vez, incrementaba la angustia.
- Con respecto a la alimentación, las madres de todos los pacientes del estudio mencionaron que como no les daban de pecho a sus hijos, y debido a la depresión y angustia que sentían a partir de la enfermedad de los niños, a ellas “se les fue la leche”.

#### **Variaciones cuantitativas y cualitativas en los cuidados maternos (*holding*) y su correlación con cambios en el estado de los niños.**

- Se encontró cierta correlación entre depresión (expresada como irritabilidad, mayor cantidad de tiempo dormidos, menor respuesta a los estímulos e interacción) por parte de los niños, y la ausencia de sus madres por largos periodos de su lado, usualmente por tener que ir a atender a sus otros hijos (Abril y Luis), o por problemas personales (Paloma), lo que se denomina según la literatura consultada, las discontinuidades o quiebres en los cuidados (Gutton, 1987).
- Cabe señalar que al origen de estos estados se suman otros factores, como son la presencia y aumento o disminución de los datos de infección, los tratamientos o el encontrarse en un medio hospitalario entre otros.

Encontramos:

- ✓ Ciertas detenciones en el desarrollo psico-motor de los niños<sup>1</sup>
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Detención en el proceso de mejora física.
- ✓ Mayor cantidad de horas en un estado somnoliento o de sueño, que cuando la madre tenía una presencia más constante al lado del niño.
- ✓ Menor disponibilidad para la interacción que antes de que la madre se ausentara.
- ✓ Aceptación de menores cantidades de alimento que antes de las discontinuidades en los cuidados maternos.

<sup>1</sup> Aspecto que se revisó con más detenimiento en el apartado 6.1.2

### **La relación objetal de la madre y la expresión de sus pulsiones sobre los niños**

- ✓ Es así como podemos concluir que todos nuestros casos se encuentran sometidos a las oscilaciones pulsionales generadas por la ambivalencia de las madres, expresándose ésta en continuidades y discontinuidades de los cuidados e interacciones, con aumento (cuantitativo y cualitativo) de los periodos de los cuidados afectivos, o la disminución de estos (y en algunos casos casi su desaparición), y la prevalencia de los cuidados operatorios como una constante (a excepción de Ángela, donde existía casi una total ausencia de ambos tipos de cuidados).
- ✓ Se han observado bloqueos focalizados en los cuidados, en todos nuestros casos la ausencia de cuidados afectivos sobre la cabeza.
- ✓ Tanto en el caso de Ángela como de Jesús se encontraron importantes detenciones en el proceso de construcción del Yo y de las relaciones de objeto, y en ambas madres se detectó una importante depresión, pero mientras que en la madre de Ángela consideramos que estos eventos encuentran su origen en una prevalencia y dominio de la pulsión de muerte, donde la niña ha perdido existencia para la madre y se le ha condenado a la muerte en el sentido afectivo, (hecho que se manifiesta en el total de las interacciones), en el caso de Jesús es más atribuible el distanciamiento de la madre a la depresión hospitalaria que presenta y a la angustia y depresión en la que se encuentra, ya que en ciertas interacciones asoma en forma por demás evidente su afecto por el niño.

### **Fantasmática materna alrededor de la enfermedad.**

- La zona privilegiada donde se apuntala la libido en unos casos, y en otros la pulsión de muerte, y en ambos la ambivalencia y los fantasmas maternos, ha resultado ser la cabeza en todos los pacientes.
- ✓ En lo referente a la libido, se observa en el exceso de cuidados operatorios que se tiene para con la cabeza, aunque la ambivalencia se hace evidente en el hecho de que despierta también cierto rechazo, ya que es la zona que ninguna madre besó o acarició.
- Los nombres de los niños. La elección del nombre para el bebé constituye en ocasiones un elemento bastante adecuado para percibir que lugar ocupará –u ocupa ya– la criatura dentro de la *vida fantasmática* de la madre.
- ✓ En este punto los nombres de nuestros pacientes resulta ser relevante, ya que es producto de la fantasmática parental, esto es: Ángel, Ángela, (¿ángeles que están en el cielo?) Jesús y Paloma (también en el cielo), en todos ellos se eligió el nombre después de que nacieron, y por ende del conocimiento de la enfermedad y su gravedad.
- ✓ Lo que los sitúa en un espacio virtual entre el cielo y la tierra.
- ✓ Únicamente quedan exentos de esta condición Abril y Luis.

- En todos los casos encontramos que como parte de esta dinámica fantasmática y sus productos, las madres se sienten personalmente culpables de las enfermedades de sus hijos (esto se obtuvo mediante la entrevistas con ellas).

## 2. Del lado del lactante.

### La imagen corporal, las relaciones de objeto y la construcción del *yo, no-yo*.

- En todos los casos la cabeza es a la vez, factor de incapacidades y limitaciones físicas para el niño, y emplazamiento de los temores parentales.
- En todos los casos hemos encontrado importantes variantes en este sentido, directamente relacionadas con los fantasmas parentales, y la dinámica de las interacciones precoces, además de que en casos distintos, con dinámicas distintas hemos encontrado efectos y resultados similares.
- ✓ Los casos de Ángel y Paloma muestran dinámicas muy distintas en lo referente a los cuidados, y la constitución del objeto y del *yo* se está llevando a cabo en forma casi normal (en ambos casos se encontraron sonrisa como respuesta social, balbuceo, exploración del medio que los rodea y presión gruesa entre otros datos) aunque mientras que en el caso de Ángel ha resultado ser un proceso continuo (casi lineal) apoyado por la interacción de ambos padres, en el caso de Paloma, ha tenido detenimientos, quiebres y hasta retrocesos, por la problemática afectiva de la madre.
- ✓ Finalmente encontramos los casos de Abril y Jesús, donde la ambivalencia materna y las problemáticas familiares han marcado importantes variaciones, detenimientos, retrocesos y hasta avances, no sólo en el desarrollo de la construcción del *yo*, las relaciones objetales, y en su desarrollo psico-motor (íntimamente relacionado con el primero), sino también en la salud de los niños.

### Dinámica de los procesos lesionales en los pacientes del estudio.

- Como nos lo indica Salbreux (1988), el modelo neurológico del adulto no es directamente aplicable al del infante, cuya economía neuropsíquica es mucho más plástica, de tal suerte que aunque algunas lesiones del sistema nervioso central puedan afectar a estructuras funcionalmente irremplazables, al ser el sistema nervioso central del niño un sistema en evolución, las cosas pueden resultar ser menos devastadoras.

Este hecho, nos da expectativas de tener un buen pronóstico para unos de nuestros pacientes, y para otros no, esto es:

- ✓ En los casos de Jesús, Abril, Paloma y Ángel, una adecuada interacción (que es la que al parecer se está desarrollando) promueve una mejora sustancial a nivel neuronal, con lo que obtenemos un buen pronóstico del desarrollo ulterior.
- ✓ En este sentido resulta relevante el caso de Ángel, ya que como lo pudimos presenciar, al ser descomprimida la presión intracraneal, y sumado a las adecuadas interacciones

precoces del sistema bebé-padres, el niño dio inicio a un importante y sobresaliente desarrollo.

- ✓ A esta situación se suman los casos de Abril y Luis, quienes mostraban una sustancial mejora en todos los sentidos del aspecto psíquico cuando era descomprimida la presión intracraneal, sin embargo al no gozar de una interacción continua, las posibilidades resultan mucho menos prometedoras que en el caso de Ángel.
- ✓ Es así como podemos pensar que las huellas de la enfermedad se encontrarán determinadas hasta cierto punto por el entorno, ya que la estimulación y la reestimulación jugarán un importante papel, resultando de fundamental importancia la idea que los padres se formen de la incapacidad o de las posibilidades que su estimulación y educación tengan en la modificación y superación de las secuelas de la enfermedad. Además, tal como lo subraya Niederland (1965), la actitud comprensiva de una madre “suficientemente buena” que aporte un “holding” adecuado puede contribuir a que el defecto se asimile y se elabore posteriormente de manera sublimatoria.
- ✓ Finalmente, consideramos que en sentido opuesto al de Ángel, el futuro de Ángela se presenta mucho más sombrío ya que la interacción (al menos la observada) dista mucho de ser una adecuada fuente de estímulo del desarrollo neuronal, este caso es ilustrativo en el sentido de que lo que resultó ser un éxito quirúrgico y médico, al no contar con su “aliado” (las interacciones precoces adecuadas), no se refleja en una mejora del paciente, es más lo que observamos es un retroceso en el desarrollo del paciente, que si no fuera por la intervención de las enfermeras probablemente hubiese sido más precipitado y dañino.
- ✓ Lo que nos ilustra una vez más la profunda relación que existe entre los integrantes de la unidad narcisista primaria, y cómo cambios sutiles en uno de los protagonistas genera cambios en el otro, (como han resultado ser los casos de nuestro estudio), entrando en espirales dialécticas, ya sea hacia el desarrollo en el sentido más amplio, es decir tanto biológico como psicológico, o hacia el detenimiento de éste y hacia la depresión de ambos protagonistas.

### **Secuencias lúdicas.**

- En lo que se refiere a las secuencias lúdicas, encontramos que éstas, en términos generales, fueron escasas, ya que sólo las pudimos observar en dos de los pacientes (Paloma y Ángel), en el caso de Abril, Luis y Jesús, las madres no jugaban con los niños, pero les procuraban un “baño de afectos”, a pesar de sus respectivos quiebres y ausencias, mientras que en el caso de Ángela no se observó ninguna actividad lúdica o “baño de afectos” por parte de la madre.

### **3. Aspectos ambientales, familiares que afectan las interacciones precoces.**

#### **Problemática parental y con la familia extensa.**

- Los problemas familiares, han resultado ser una constante en los casos de nuestro estudio.

- ✓ En el caso de Ángela, los accidentes de su padre, el fallecimiento del abuelo, los otros hermanos, la enfermedad del hermano mayor.
- ✓ En el caso de Abril, los problemas que la madre tenía con la familia del padre y con éste último, la necesidad de sus otros hijos de que ella los atendiera.
- ✓ En el caso de Luis los problemas con el padre, ya que éste se siente culpable o no acepta la gravedad de la enfermedad del niño, además de que su propio padre constantemente lo está recriminando, al decirle que él tiene la culpa de todo lo que ocurre.
- ✓ En el caso de Jesús, con la demanda que la familia ejerce sobre la madre, lo que contribuye directamente a la depresión por la que atravesó durante su estancia en el instituto.
- ✓ En el caso de Paloma, con toda la dinámica familiar que vivió la madre con su familia política, la cual le hizo entrar en profunda depresión y ansiedad, y consideramos que, de una u otra forma influyó en la problemática que vivió durante el internamiento de la niña, y que desembocó en un quiebre de las interacciones, afortunadamente sólo temporal.
- ✓ Las madres comentan que los padres también se sienten culpables, aunque algunos no lo manifiestan y otros lo desplazan sobre ellas (las madres) al culparles por la enfermedad que padece el niño.

Consideramos que todos estos elementos han determinado en mayor o menor medida el curso, dinámica y calidad de las interacciones, como factores que influyen directamente, en los quiebres y discontinuidades en las interacciones desde el momento mismo del internamiento y estancia de los niños en el Instituto, o previos a éste de manera indirecta, a través de la dinámica psíquica materna, es decir, con las fluctuaciones en su estado de ánimo, con las ausencias tanto físicas como afectivas.

- Los problemas con la familia extensa, sobre todo, política de las madres.
- La repercusión directa de los problemas familiares (específicamente discusiones entre la madre y el padre) en el estado de salud de los niños.
- ✓ Tanto la madre de Abril como la de Luis reportan que cuando han peleado con sus respectivos esposos, los niños han sufrido fuertes fiebres y un marcado detrimento en su estado anímico, dejando de aceptar alimento.
- ✓ Agregan que al mejorar la relación, al parecer también mejora el estado de desarrollo, de interacción y de salud de los niños.

#### **4. Aspectos hospitalarios.**

Problemática de las madres con el cuerpo médico-asistencial.

En lo que se refiere a este aspecto, hemos identificado que en cuatro de los seis casos las madres han tenido conflictos con los equipos asistenciales de las diferentes unidades en que

han permanecido internados los niños. Mencionaremos a continuación algunos de estos problemas:

- ✓ La historia del nacimiento y del tratamiento de Abril en el hospital donde nació, se desarrolla dentro de una atmósfera sumamente conflictiva entre la madre de Abril y el equipo asistencial.
- ✓ Los problemas que la madre de Luís tuvo en el hospital de la ciudad donde radican, con los médicos que los atendieron, señala que la atención fue deficiente, “solo les sacaron dinero” y al final los mandaron al INP.
- ✓ Así mismo encontramos que se han producido fricciones con el cuerpo asistencial del INP, tanto la madre de Abril como la de Luís mencionan que las enfermeras y los residentes de pediatría no les creen y ponen en duda los síntomas (fiebre, o deseo de alimento, o de que le efectúen punciones) que ellas detectan en sus hijos, aunque finalmente les hacen caso y los niños mejoraron sensiblemente. Al respecto ambas madres mencionan que el cuerpo asistencial devalúa su observación, indicándoles que ellas no tienen la experiencia de las enfermeras y residentes, y que sólo son alarmistas.
- ✓ También encontramos que la madre de Jesús tuvo problemas con los médicos del hospital de la ciudad donde radican, cuando el niño permaneció internado y fue sometido a muchas cirugías, por lo que la madre se encontraba en extremo molesta, ya que se suponía que cada cirugía solucionaría los problemas infecciosos del niño, además de que sería la última que se le practicaría, sin embargo las cosas siempre salían mal, por lo que hasta que llegó al INP, pudieron darle adecuada solución al padecimiento de Jesús.
- ✓ A esta situación podemos sumar el caso de Ángel, donde el cuerpo asistencial del hospital donde nació, prácticamente lo desahució, no le dieron el manejo adecuado, y lo enviaron a su casa para que falleciera. Situación que molestó y deprimió en forma importante a los padres, que al sentirse impotentes, se llevaron a su hijo.

## **5. La hidrocefalia y su tratamiento.**

### **Información con respecto a la enfermedad.**

- En lo que se refiere a la información con que las madres cuentan, con respecto a la enfermedad, tratamiento y pronóstico de sus hijos, en todos los casos encontramos que, ésta es muy escasa, además de que tienen una gran confusión, con respecto a la misma enfermedad, sus orígenes, su desarrollo, sus consecuencias, así como otros padecimientos a los que se encuentra asociada, los tratamientos y finalmente, acerca de las secuelas que puede originar y los procedimientos potenciales para que las secuelas sean disminuidas.

### **Efectos de la hospitalización.**

- El total de los casos fue sometido a cirugía para colocar el SDVP.

- Los casos de Luis, Jesús, Paloma, Abril y Ángel, es decir cinco de seis, padecieron de alguna neuroinfección.
- En lo que se refiere al síndrome de depresión hospitalaria que de acuerdo con la literatura (Kreiser, 1988) afecta tanto a los niños como a sus madres, cabe realizar las siguientes consideraciones:
  - ✓ En primer lugar, la historia hospitalaria previa, desarrollada al final del embarazo y el parto resultó ser sumamente dolorosa para las todas las madres, por lo que es un antecedente que genera invariablemente malestar.
  - ✓ En segundo lugar, todos niños del estudio han pasado un periodo bastante largo hospitalizados, por lo cual gran parte de su desarrollo se ha realizado al interior del INP o de otro hospital. Consideramos que este factor, de acuerdo con lo expuesto, ha provocado en ambos, madre e hijo, distintas manifestaciones de depresión, y por ende ha inhibido el desarrollo de los niños.
  - ✓ En este punto cabe mencionar que la madre, al sentirse aislada del resto de su familia, constantemente se encuentra preocupada y este malestar es transmitido al niño.
  - ✓ Así mismo, el mismo ambiente hospitalario parece abrumar a las madres, por lo que aun cuando interactúan en forma adecuada y cariñosa con los niños se les observa tristes y preocupadas, situación que también se ve alimentada por las cirugías a las que han sido sometidos los niños, la infección, los tratamientos *y la incertidumbre* con que en ocasiones se han manejado los casos (fechas de la cirugía y traslado a otro pabellón) situación que se repite con lamentable frecuencia en muchos de nuestros pacientes.
- Podemos considerar que todos los pacientes, a causa de su enfermedad se encuentran sometidos a una agresión interna a través del daño físico, y externa por las implicaciones médicas que el tratamiento de la misma enfermedad le impone. Viéndose obligado a someterse ante ambas.
  - ✓ De esta forma el cuerpo pasa de ser un posible instrumento de placer y autonomía como lo sería en condiciones normales, a ser un lugar de sufrimiento, objeto de dependencia y ocasión de pasividad, como se observa en los casos de nuestro estudio, y que se incrementa con las ausencias de la madre, o con los quiebres que sufre la interacción, situación que a la postre condujo a la aparición de cambios de conducta, regresiones, detenciones en los procesos del desarrollo, aislamiento de las interacciones, etcétera, todas estas como formas de procesos defensivos ante las agresiones tanto internas como externas.

### **Conducta del niño frente al cuerpo médico asistencial.**

- Se han desarrollado muy diversas conductas de los niños frente al cuerpo asistencial, consideramos que estas diferencias de actitud se deben al tipo de relación e interacción que tienen con su madre.
- ✓ Tales diferencias de conducta van desde una aceptación y excelente armonía en la relación con la enfermera que alimenta (Ángela).
- ✓ Hasta la indiferencia y cierta apatía (Abril).
- ✓ Molestia y nula aceptación y colaboración (Luis).

Todas estas conductas son evidentes durante la alimentación, la realización de las curaciones, y otra serie de manipulaciones que el cuerpo asistencial realiza en el niño.

#### ***6.3.1 Cédula de rasgos comunes.***

En la presente cédula se expone la distribución de rasgos comunes que hemos encontrado en los pacientes de nuestro estudio. La cédula ha sido dividida en los siguientes rasgo: el materno, el lactante, así como los aspectos familiares, hospitalarios y de la misma enfermedad que han afectado el desarrollo de las interacciones.

## Cédula de rasgos comunes.

Rasgo	Ángela	Abril	Luis	Ángel	Jesús	Paloma
<b>1 MADRE</b> 1.1 Durante el nacimiento Del bebé	Eventos durante el nacimiento:					
	En medio hospitalario y por cesárea					
	X	X	X	X	X	X
	La madre no vio el rostro del niño lo que incrementó la ansiedad					
	X	X	X	X		
	Vio el rostro del niño y esto la tranquilizó					
					X	X
Reporta alto grado de angustia						
X	X	X	X			
Reporta alto grado de dolor emocional						
X	X	X	X	X	X	
Se le fue la leche debido a la depresión y la angustia						
X	X	X	X	X	X	
<b>1.2 Período de Observación</b>	<b>Interacción para con el niño</b>					
	Estimula al niño					
		X	X	X	X	X
	Interacción cuantitativa en lo afectivo					
				X		X
	Interacción cuantitativa en lo operacional					
				X	X	X
	Interacción cualitativa en lo afectivo					
		X	X	X		X
	Interacción cualitativa en lo operacional					
	X	X	X	X	X	
Escucha las señales y mensajes del niño						
	X	X	X	X	X	
Responde a las capacidades y necesidades del niño						
	X	X	X	X	X	
Quiebres y discontinuidades Parciales						
		X	X		X	
Quiebres y discontinuidades Permanentes						
X				X		
Presencia de secuencias lúdicas en la observación						
				X	X	
<b>1.3 Aspectos Familiares</b>	Problemas con el esposo y otros hijos					
	X	X	X			
	Problemas con la familia extensa					
		X	X			X
Apoyo por parte del esposo						
				X	X	
Depresión intrahospitalaria por extrañar a la familia						
X	X	X		X		
<b>1.4 Aspectos Hospitalarios</b>	Problemas con el cuerpo asistencial de alguna de las unidades hospitalarias donde han sido atendidos, así como escasa y confusa información.					
	X	X	X	X	X	X
Depresión intrahospitalaria en la diada						
X	X	X		X	X	
<b>1.5 Aspectos de la Enfermedad</b>	Al saber de la enfermedad, la madre entró en una profunda angustia, depresión y culpa.					
	X	X	X	X	X	X
	El lugar de privilegio de emplazamiento de la ambivalencia es la cabeza					
X	X	X	X	X	X	
La cabeza es el lugar más cuidado en lo operativo y más descuidado en lo afectivo						
X	X	X		X	X	
<b>2. LACTANTE</b> 2.1 Durante el Período de Observación	Se deprime significativamente cuando su madre se ausenta por largos periodos.					
	X		X			
	Se mantiene deprimido constantemente					
		X				X
	Sale de la depresión					
	X			X	X	X
Su nombre remite a la fantasmática parental						
X	X	X		X	X	
Ha mostrado detenciones en el desarrollo						
X	X	X		X		
Ha mostrado retrocesos en el desarrollo						
X				X		
<b>2.1 Reacción del niño a una Adecuada Interacción.</b>	<b>Alimentación</b>					
	Reactividad					
				X	X	
	Mayor cantidad de tiempo despierto					
				X	X	X
	Menor irritabilidad					
				X	X	X
Disposición para la interacción						
			X	X	X	
Desaparece o disminuye la infección						
			X	X	X	
Mejora general del niño						
				X	X	

En lo que se refiere a los rasgos maternos, encontramos que todos los nacimientos fueron realizados en medio hospitalario y por cesárea, así mismo algunas de las madres reportan que al no poder ver el rostro de sus hijos al nacer, sufrieron un importante sentimiento de ansiedad, angustia y dolor emocional, mientras que las madres que reportan haber visto el rostro de sus hijos antes de que se los llevaran para atenderlos y limpiarlos, comentan que se sintieron hasta cierto punto tranquilas, con lo que se pudieron enfocar a su propia recuperación. Finalmente todas las madres reportan que consideran que debido a los cambios afectivos y depresivos que sufrieron al ver a sus hijos enfermos “se les fue la leche”, por lo que tuvieron que realizar la alimentación con leche de fórmula.

Finalmente encontramos que en lo que se refiere a las interacciones precoces, estas las clasificamos en cuantitativas en lo afectivo y en lo operacional, así como en cualitativas, también en lo afectivo y en lo operacional, cabe aclarar que las parejas madre-niño que entraron dentro de este rango, es por que era adecuada la interacción según lo señalan los diferentes autores, (Winnicott, Kreisler, Gutton y Lebovici, entre otros) que conforman nuestro marco referencial, así mismo por nuestra parte pudimos observar que los niños que disfrutaban de esta interacción adecuada, manifestaron un desarrollo continuo en la capacidad relacional y el desarrollo psico-motor, además de que en el aspecto médico mostraron una mayor mejoría, en comparación a aquellos que no contaban con estos elementos, y que manifestaron quiebres, discontinuidades y hasta ausencias.

En lo que se refiere a los bebés, encontramos en primer lugar, que varios de éstos se deprimieron significativamente cuando su madre se ausentaba de su lado, lo cual se observaba en mayores periodos de somnolencia y sueño, irritabilidad, detenciones y hasta retrocesos en el desarrollo así como falta de apetito. Mientras que los niños que disfrutaron de una continua compañía y atención materna, no presentaron este tipo de depresión.

En lo que respecta al medio ambiente dentro del cual se encuentra la diada, lo diferenciamos en tres factores que afectan positiva o negativamente las interacciones, en primer lugar están los aspectos familiares, en segundo los hospitalarios y en tercero los aportados por la misma enfermedad y su expresión sintomática, y lo que esta situación despierta en la madre. Finalmente se encuentra el aspecto de la mejora animico-médica así como relacional que manifestaron los niños, a partir tanto de una adecuada interacción como de la asistencia médica que se les prestó en el INP.

En este sentido, podemos señalar que en el caso de Abril después de haber egresado del INP, (y ya terminado el periodo de observaciones formales de nuestro estudio), al acudir a consultas semanales para que se le realizaran punciones y se le descomprimiera la presión intracraneal, encontramos una sustancial mejora en todos los aspectos, esto es, tanto en el sentido médico como en el desarrollo interaccional, y psico-motor de la niña. Explicamos este sustancial proceso, gracias al hecho de que la diada se encuentra en casa, en compañía del resto de la familia, y la madre puede cuidar de todos ellos al mismo tiempo que a la niña. Así mismo, señalamos los pacientes que presentaron una mejora sustancial en su estado tanto médico como intersubjetivo, relacional y psico-motor, lo que refleja una adecuada interacción con la madre, a la cual podemos considerar como “suficientemente buena”, en palabras de Winnicott. Una vez ubicados los rasgos generales, podemos pasar a la exposición de los rasgos particulares en los casos del estudio.

#### 6.4 Rasgos particulares en los casos del estudio.

En esta sección nos abocamos a señalar las principales diferencias que mantienen los pacientes de nuestro estudio entre sí, aquellas particularidades que por su relevancia sobresalen del resto de las interacciones o situaciones observadas.

- **El caso en que observamos el mayor distanciamiento o fractura en las interacciones precoces.**

En esta situación encontramos a la diada conformada por Ángela y su madre, donde descubrimos que las interacciones se distinguen por ser extremadamente disfuncionales, ya que son casi nulas en los sentidos cuantitativo y cualitativo. Del lado de la madre encontramos que las actividades operatorias las realiza en pocas ocasiones, además de que cuando lo hace, es inadecuado, ya que no lo realiza en función de las capacidades y necesidades de la niña, situación que es sumamente ilustrativa en el caso de la alimentación.

Así mismo, en el aspecto afectivo, resaltaba la ausencia (en comparación no sólo al resto de los pacientes de la muestra, sino también a otras diadas que por diversos padecimientos se encuentran en los ambientes del servicio de Neurocirugía), de caricias, palabras afectuosas o de otra índole, besos, miradas y en general contactos corporales. Por su parte, y en contrapartida a este estilo de interacción, encontramos que Ángela, a pesar de ser uno de los casos con mejor pronóstico desde la perspectiva orgánica, refleja una marcada detención en el desarrollo, ya que permanecía somnolienta o dormida la mayor parte del tiempo, respondía pobremente a los estímulos procurados por su madre (aunque respondía con más actividad a los estímulos generados por la enfermera), y requería de un estimulador para que “no se le olvidara respirar”.

*Consideramos que el caso de Angela es sumamente grave desde la perspectiva de las interacciones precoces, ya que es la paciente del estudio, que goza de menor cantidad y calidad de estímulos, tanto en lo afectivo como en lo operacional por parte de su madre. Éste caso destaca por el distanciamiento y la pobreza en las interacciones precoces.*

- **El caso que resulta ser más significativo en lo referente a una mejora al regresar a su casa.**

El caso de Abril sobresale del resto de los pacientes, por la inesperada mejoría que la niña presentó al ser egresada del INP, y a pesar de que este periodo ya no forma parte de nuestro estudio en sentido estricto, consideramos que es relevante mencionarlo. La niña, durante las últimas semanas en que estuvo internada, no mostró ningún tipo de mejoría ya que la infección no cedía en lo más mínimo a pesar del fuerte tratamiento medicamentoso al que fue sometida, así mismo desde la perspectiva interaccional, se mostraba hiporreactiva, permaneciendo la mayor parte del tiempo dormida, además de aceptar una cantidad de alimento muy pequeña. En síntesis podemos indicar que la niña permanece en un estado de profundo ensimismamiento y aislamiento de los estímulos provenientes del exterior, situación propiciada, desde nuestra perspectiva, por las prolongadas ausencias de la madre. Sin embargo, después de ser egresada del Instituto, ha tenido que

asistir para que se le puncione, ya que no se le colocó SDVP (sistema de derivación ventrículo peritoneal) debido a la misma infección, esta situación nos ha dado la oportunidad de observar el desarrollo de la niña, donde hemos encontrado sustanciales mejorías, en el aspecto médico, la infección ha cedido considerablemente, al punto de que se reconsideró colocar un SDVP, todo esto a pesar de que al ser egresada no se le prescribieron medicamentos. Así mismo, en el aspecto relacional fuimos testigos de importantes cambios, ya que la niña estaba mucho más reactiva, con mejor tonicidad en las extremidades superiores, trataba de seguir objetos con la vista, además de que la madre reportó que estaba comiendo mejor, situación que constatamos, ya que si detectamos un notable aumento de peso en la niña.

*Consideramos que esta serie de cambios encuentran su origen en el hecho de que Abril y su madre regresaron a casa, con lo que ésta última tiene la posibilidad de atender a toda la familia en un mismo lugar, lo que repercute directamente en una mejora de su estado de ánimo y en una mayor atención a la niña, sobre todo en el aspecto cuantitativo, lo que a su vez ha acarreado importantes mejorías en la niña, aunque su pronóstico todavía es reservado.*

- **Por otra parte encontramos que el caso más complicado desde la perspectiva médica, por la diversidad de afecciones y su resistencia a los tratamientos es el de Luis.**

En el caso de Luis encontramos que se han sumado muy diversas problemáticas médicas, además de la inconsistencia en las interacciones precoces, todo lo cual ha repercutido en que, a pesar de que el niño, al final de las observaciones se encontraba más reactivo, dispuesto para la interacción, aceptando más cantidad de alimento y con mayores periodos de vigilia donde permanecía calmo y atento, todo lo cual nos hablaba de una mejora en el aspecto interaccional; encontramos que la infección lejos de ceder al tratamiento medicamentoso, iba en aumento, lo cual se complicó con tabicamiento, lo que generaba la posibilidad de nuevas cirugías y tratamientos de mayor envergadura.

De esta forma, encontramos que por una parte los quiebres en la continuidad de las interacciones, y por otra la agresividad del padecimiento, se suman para mostrar por una parte la interrelación entre los subsistemas que conforman al lactante, es decir sus aspectos orgánico y psíquico, que en estos momentos encuentran parte de su existencia, continuidad y evolución en las interacciones precoces. Desde esta perspectiva vemos que el trabajo interdisciplinario puede dar respuestas más efectivas a las complejas problemáticas que padecen nuestros pacientes.

Finalmente, es importante señalar que éste resultó ser el único caso en que se observaron, aunque de forma esporádica, cuidados afectivos sobre la superficie corporal, específicamente de la cabeza, situación que atribuimos a que Luis era el único paciente del estudio con un perímetro cefálico dentro de la normalidad. Situación que consideramos, no denunciaba en forma tan intensa la enfermedad (con sus subsecuentes fantasmas, y demás productos de los que ya hemos hablado en otra oportunidad), y permitía, además, un mayor acercamiento, manipulación y trato en general.

*Este caso es sumamente ilustrativo para demostrar que la calidad de la interacción precoz madre-bebé no es garante de una mejora en el aspecto orgánico, aunque sí contribuye sustancialmente al mismo. Cabe aclarar que al principio de las observaciones, cuando las interacciones eran adecuadas, el niño mostró una importante mejora orgánica, al grado de que la infección casi desapareció.*

- **El único caso en que encontramos que el paciente se veía sometido a dos fuentes de interacción, provenientes de ambos padres, fue el de Ángel.**

Observamos que el niño interactúa bien y bastante con sus dos padres: el contacto físico y visual se desarrolla en forma más continua y adecuada con la madre, en tanto que con el padre las interacciones de lenguaje son mayores, ya que el padre le habla mucho más al niño, y éste responde con sonidos de mayor duración e intensidad. Además, el padre se relaciona mejor con el cuerpo médico, pregunta, comenta y platica más que la madre, a quien percibimos más bien como una persona introvertida, y tímida.

*Consideramos que el elemento de interactuar “adecuadamente” con sus dos padres le ha permitido al niño tener un buena recuperación, y evolución, además de mostrar una creciente capacidad de interacción (mayor que la observada en el resto de los pacientes de nuestra muestra), a pesar de ser el menor de todos ellos.*

- **En el caso de Jesús encontramos que lo que lo diferencia en forma importante del resto de los pacientes es precisamente la depresión intrahospitalaria vivida por su madre, y la cual era contagiada al niño.**

En el caso de Jesús y su madre, encontramos que la historia del padecimiento y sus tratamientos han tenido una fuerte repercusión en su estado actual, en primera instancia, Jesús ha resultado ser el paciente con mayor número de cirugías al sistema nervioso central, todo esto debido a la necesidad de recambios valvulares, por disfunción e infección. De esta forma, el niño ha permanecido constantemente internado y programado para nuevas cirugías, lo que ha inyectado una importante depresión intrahospitalaria en la madre y en el niño, lo que se expresa en la primera como un marcado distanciamiento en lo afectivo con respecto al niño, ya que a pesar de que permanece todo el tiempo posible en el Instituto y sus cuidados operatorios son adecuados en lo cuantitativo y en lo cualitativo, en el sentido afectivo, las interacciones son extremadamente pobres tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo, y únicamente cuando se autoriza su egreso del Instituto, las cosas cambian y la madre se manifiesta más afectiva con el niño, así mismo Jesús, compartiendo la depresión intrahospitalaria de su madre, se mantiene en un estado de permanente sueño y aislamiento, hipoactivo, e indiferente a los estímulos provenientes del exterior. Sin embargo, con el cambio de interacción propiciado por su madre al final de su estancia en el Instituto, también pudimos verificar una importante modificación en el estado del niño, ya que respondía a cambio básicamente afectivo de la madre, con mayor actividad y reactividad, permaneciendo mayores periodos de tiempo despierto, en un estado calmo y atento, con lo que las interacciones se enriquecieron en forma sustancial, (ver cuadro 1 cédula de procedimientos médicos, página 123).

*Consideramos que el caso de Jesús además de ser el más extremo, es el más ilustrativo de la depresión intrahospitalaria vivida por la diada, (cabe mencionar que el niño es el más grande de nuestro estudio, y ha pasado toda su vida internado en diferentes instituciones hospitalarias) así mismo, en este caso logramos constatar cómo los cambios de interacción introducidos por la madre, producen importantes cambios en el niño, con lo que se ratifica la hipersensibilidad que los niños muy pequeños tienen para con las variaciones de interacción generadas por sus madres.*

- **Finalmente, podemos mencionar que el caso de Paloma es el más ilustrativo de la hipersensibilidad del lactante a los cambios de interacción introducidos por la madre, donde los eventos se encuentran estrechamente encadenados, esto es, los problemas externos vividos por la madre afectaron su estado de ánimo, lo que modificó de manera importante sus interacciones para con la niña, sobre todo en el aspecto afectivo, lo que a su vez repercutió en la niña tanto en su estado anímico, ya que aumentó sensiblemente la infección, como en su estado relacional, ya que su actividad y disposición para la interacción decreció considerablemente, permaneciendo la mayor parte del tiempo dormida y aislada de los estímulos externos. Sin embargo, al resolverse el conflicto de la madre, las cosas retomaron rápidamente su antiguo curso, y la niña recuperó su estado de interacción, además de que la infección volvió a ceder ante el tratamiento.**

En otro sentido, a diferencia de los demás casos, donde también registraron quiebres, discontinuidades y fluctuaciones en los cuidados maternos, sobre todo en su aspecto afectivo, en el caso de Paloma encontramos que estas la fueron de relativa corta duración, apenas una semana, además de que los cuidados operatorios mantuvieron su constancia tanto cualitativa como cuantitativa, y que pensamos sirvió como punto de apoyo para que no se presentara mayor retroceso en el desarrollo la niña, así como para que se pudiera recuperar con mayor facilidad del estado en que cayó.

*Este caso ejemplifica claramente la capacidad que tiene el lactante de recuperarse de los quiebres, discontinuidades y fracturas que pueden presentarse a lo largo de las interacciones precoces, sin embargo es importante señalar que estos periodos deben de ser de corta duración, además de que un lactante puede ser más sensible que otro, por lo que en uno puede generar detenimientos de importante envergadura, además de resultar irreversibles, en otro una situación similar puede ser superada en forma mucho más adecuada<sup>1</sup>.*

Para terminar, podemos señalar que cada caso es único, aunque existen un sustrato o plataforma común, que es la hidrocefalia, y que determina rasgos de interacciones precoces comunes. Así mismo, y después de haber comentado los rasgos previos, consideramos que es tiempo de pasar a comentar los factores correspondientes al aspecto vivencial del investigador, antes de proceder a la discusión de resultados.

<sup>1</sup> Este aspecto recuerda el postulado freudiano de Series complementarias "Ergänzungsreihe" (1916-1917), para explicar la etiología de las neurosis y superar la alternativa que obligaría a elegir entre los factores exógenos o endógenos, donde considera, que en realidad son complementarios y directamente proporcionales entre sí, es decir, el aumento de uno implica la disminución proporcional del otro y viceversa, de tal forma que la escala de los factores varía en sentido inverso y únicamente en los extremos de la serie se encontraría la exclusividad de uno solo de estos dos factores.

### **6.5 *El investigador y las interacciones precoces.***

Consideramos que este apartado es de suma importancia, ya que analiza el aspecto afectivo, vivencial del investigador, esto es, concebimos al observador-investigador, como un agente activo desde tres perspectivas. Primero, es activo en el momento de realizar la praxis que requiere el proceso de la investigación y, segundo, es un agente externo que observa e interactúa con el objeto de su estudio, en este caso la unidad narcisista primaria o diada. Esta interacción va desde su simple presencia, y todos los fantasmas que despierta en la madre, hasta las intervenciones más directas que realiza, como las diferentes entrevistas que se llevaron a cabo (algunas de las cuales no están contempladas dentro del estudio que estamos realizando y que se practicaron por solicitud de las madres), así como intervenciones informativas y terapéuticas que realizamos durante, (pero en forma diferenciada, de) las observaciones. Y tercero, tenemos que consideramos al investigador dentro de un papel de producción y actividad psíquica, (que a nuestro juicio es la más importante, ya que se infiltra y hasta cierto grado determina las dos previas) actividad que se expresa tanto en la observación, como en el análisis de los datos recabados, es decir, a lo largo de todo el proceso de investigación.

En este punto resulta sumamente importante agregar que al hablar del psiquismo activo del investigador, consideramos sus procesos conscientes, preconscientes e inconscientes (ya que de lo contrario seríamos incongruentes con nuestro marco teórico referencial, con nuestra formación y concepción del ser humano). Desde esta perspectiva, pensamos que considerar a nuestro propio inconsciente como interviniente en el origen, desarrollo e interpretación de la investigación en su conjunto nos proporciona una perspectiva más completa de los elementos que se juegan al interior del proceso investigativo. Ya que el universo que se estudia (y del cual formamos parte), se contempla desde una perspectiva más amplia, logrando con esto un entendimiento más acabado y completo de los eventos que se están desarrollando.

#### **6.5.1 *La investigación psicoanalítica, el observador y la unidad narcisista primaria.***

En este punto estoy<sup>1</sup> consciente de que mis fantasías, fantasmática, afectos y reacciones personales constituyeron una importante parte del trasfondo en todo este proceso de investigación. Así, puedo mencionar, a manera de ejemplo que, me alegraba ver el desarrollo de Ángel, o me preocupaba el periodo de depresión por el que atravesó la madre de Paloma y las repercusiones que éste tuvo sobre la niña; o la depresión que manifestó Luis al ausentarse su madre por tan amplios periodos; o el pronunciado deterioro que mostraron Abril y su madre causados en muy buena medida por la problemática familiar, y el miedo de que la niña falleciera, lo cual, a su vez despertó mis propios temores frente a la muerte. Así mismo, he de considerar el dolor y la molestia que

---

<sup>1</sup> En este apartado, considero prudente hablar en primera persona del singular (a diferencia del resto de la tesis en que se habla en primera persona del plural) ya que los elementos aquí expuestos atañen exclusivamente a mis personales producciones psíquicas.

Así mismo, es pertinente señalar que mis reacciones y producción subjetiva ha sido analizada en diferentes facetas desde que ingresé al INP para realizar las prácticas que conformaban parte del proyecto del grupo de Psicoanálisis e interdisciplina de la maestría de psicología clínica de la UNAM, este análisis se llevó a cabo mediante la supervisión realizada con la Dra. Celia Delgado y la Dra. Bertha Blum.

me provocó la indiferencia de la madre de Ángela, y que seguramente removió mis propios fantasmas de abandono y separación.

Considero que al lograr identificar en mi propia persona esta serie de afectos y elementos, alcanzo una lectura más completa de los diversos niveles producidos por del dolor, el abandono y la apatía sufrida por los niños, así como el mayor entendimiento de los conflictos que sufre la madre. Como señala Lebovici (1988), es lícito afirmar que las interacciones fantasmáticas dan origen a una situación en la que el psicoanalista investigador alcanza a desprenderse de su movimiento identificatorio mediante el empleo de la vinculación que se establece en su sistema preconsciente con aquello que se representa de los eventos, es decir, lo que pasa entre la madre y su bebé, para emplear sus representaciones de palabras almacenadas. Es así como mis producciones subjetivas facilitaron, no sólo el que pudiera hacer un adecuado deslinde entre sujeto y objeto de la investigación, sino también utilizar esos datos para ampliar la comprensión y enriquecer la tarea. En los casos de Luis, Abril, Paloma y Ángel fui un agente de proyecciones positivas, donde los padres encontraban un apoyo además de una gratificación narcisista (sin desdeñar los elementos ambivalentes negativos que en estos casos fueron poco visibles). Mientras que en los casos de Ángela y Jesús resulté estar en el otro extremo de la balanza de la ambivalencia, es decir, mi presencia resultó para las madres un tanto invasiva e incómoda.

Es así, como pienso que mi presencia movilizó distintos elementos en cada uno de los padres de los pacientes del estudio. Que en algunos casos variaron desde la desconfianza en la entrevista a la confianza en las observaciones, en otros casos se observó un buen rapport desde el principio, ya que las madres me convirtieron en posible confidente de la situación que estaban viviendo. En los casos de Ángel, Abril, Paloma y Luis, considero que fui un importante factor de contención y sostén a las madres en los episodios de crisis. Mostrándose, además, como buenas madres ante mis ojos, de tal suerte que mi presencia e interacción resultó ser tanto para madres como para hijos un elemento de apoyo y estimulación del buen curso de las interacciones entre ambos. Mientras que en los casos de Jesús y Ángela, nuestra presencia únicamente fue tolerada, consideramos que resultamos hasta cierto grado un elemento amenazante e incómodo.

Para terminar, no puedo dejar de mencionar que en todos los casos, cuando las madres se encontraban transitando por algunos de los diversos problemas que se les presentaron, entrando en gran depresión y arrastrando a los niños tras de sí, yo también me sentí deprimido, seguramente debido a que la situación imperante, sumada a la identificación con las parejas, removió y reactualizó las propias experiencias de separación y pérdida.

Así mismo, y ya fuera del aspecto estricto de la investigación, considero que este *sentimiento* me abrió la puerta a entender mejor los afectos sufridos por los niños y sus madres, lo que a su vez permitió una adecuada y oportuna intervención, puesto que, al estar en cierto modo fuera de la diada y del problema, pero al mismo tiempo ser partícipe de la emoción vivida dentro de ésta, podía generar aportaciones y dar contención en los momentos de crisis.

### 6.5.2 *El fantasma despertado en el Investigador y en el cuerpo médico-asistencial.*

Los niños, por su condición física e imagen corporal distorsionada, (con una desproporcionada cabeza que daba la impresión de “no parar de crecer”), despertó en mí, al principio, un afecto de gran dolor e impotencia. Cabe mencionar que mis tres años de experiencia previa en el INP, manteniendo un contacto estrecho con este tipo de pacientes, resultó de gran ayuda para poder realizar la investigación además de trabajar el tema en nuestro propio psicoanálisis y en las supervisiones recibidas. Es así, como la cabeza de los niños, implica, también para mí, un lugar de emplazamiento de mi propia fantasmática, no siempre o totalmente significativo, es decir, mantiene un carácter siniestro (aunque soportable).

En este mismo sentido, podemos suponer que el resto del cuerpo asistencial, también se ve afectado y movilizado, en lo consciente y sobre todo, en lo inconsciente, por esta misma dinámica, lo que ha generado diversidad de respuestas, muchas de las cuales se manifiestan como distanciamiento hacia los pacientes (en la mayoría de los casos), que no resulta ser lo mejor para estos últimos, o por el contrario formaciones reactivas (en la minoría), donde se desbordan sobre los niños, y con frecuencia en ambos grupos, se termina por anular el discurso y propuestas de las madres, interpretando su angustia en términos de “personas problemáticas”, o en otros casos se les devalúa argumentando su falta de escolaridad o nivel económico, sin lograr comprender cabalmente que la situación de tener un hijo con un padecimiento como es la hidrocefalia congénita, que afecta múltiples estructuras del *aparato psíquico tanto del niño como de la madre y del padre*, genera importantes conflictos y desestructuraciones del psiquismo que se manifiestan como angustia, dolor, desesperación, depresión, ansiedad, aislamiento y otras sintomatologías.

De esta forma, el considerar las implicaciones afectivas, y más ampliamente psíquicas que generan los niños enfermos en el equipo asistencial, es entender, no únicamente la dinámica del enfermo (y en este caso también de su madre, entendidos como una unidad), sino también la dinámica psíquica del cuerpo asistencial, y a partir de este entendimiento, instrumentar mecanismos de ayuda y formación psicológica para el mismo. Lo que en última instancia se reflejará, en una sustancial mejora cualitativa y cuantitativa del abordaje asistencial, y en el bienestar psicoafectivo de los miembros del equipo.

Después de haber revisado la relación e interacción, tanto entre el investigador, como del cuerpo asistencial con la diada, es tiempo de abocarnos al análisis de la información expuesta, y pasar a la discusión de resultados que se encuentra en el siguiente apartado.

## 6.6 *Discusión de los Resultados.*

Al discutir y contrastar los datos recabados en las observaciones de las interacciones, con los datos aportados por los autores que consultamos y que mencionamos en nuestro marco teórico, encontramos que en la mayoría de los casos, las conclusiones aportadas por los distintos autores se verificaban en nuestros análisis, sin embargo en algunas situaciones no encontramos indicio alguno que confirmara sus conclusiones, es más en ciertos aspectos encontramos una discrepancia entre sus postulados y los eventos que tuvimos la oportunidad de observar y analizar. Es así como pasaremos a discutir los mencionados planteamientos y su concordancia o no con nuestros hallazgos, donde también trataremos de arrojar luz sobre las posibles explicaciones de las diferencias o similitudes encontradas en nuestro estudio.

En lo referente a *Las interacciones precoces como génesis de la constitución psíquica del bebé*, y más específicamente a *la puesta en marcha de estas interacciones, constitución del vínculo entre la madre y el recién nacido*, encontramos que al analizar el periodo comprendido durante embarazo y la historia previa al nacimiento de los pacientes, encontramos divergencia entre éstos, ya que mientras algunos resultaron ser planeados (Paloma, Jesús, Ángel y Abril) en otros no se tenía el objetivo de tenerlos (Luis, Ángela), aunque en todos los casos las madres comentaron que, al saber que se encontraban embarazadas, la felicidad y el deseo se hicieron presentes. Sin embargo, de inmediato las sombras de la enfermedad oscurecieron el panorama, esto es, en todos los casos nos reportan que desde el embarazo tuvieron conocimiento de que los niños se encontraban enfermos, gracias a análisis y pruebas que se realizaron. Cabe mencionar que no en todos los casos se tenía una conciencia plena de que los niños padecían hidrocefalia congénita, ya que únicamente se les informó que los niños se encontraban enfermos, por esta razón, en general, las madres desconocían lo que es este padecimiento, así como sus manifestaciones, secuelas y tratamientos.

Por otra parte, las madres comentan que tuvieron malestares durante el embarazo, por lo que algunas de ellas (las de Paloma, Jesús, Luis, Angel y Ángela), tuvieron que tomar medicamentos, los cuales consideran que fueron factor importante para que el niño enfermara y padeciera en la actualidad de hidrocefalia. Así mismo, relacionan su estado de ánimo durante el embarazo como factor para que los niños enfermaran, esto es, indican que como estaban muy sensibles durante el embarazo, se enojaban y deprimían constantemente, tanto antes de saber que los niños estaban enfermos como después, por lo que piensan que este fue otro factor que enfermó a los niños, lo que interpretamos como una importante expresión de los fantasmas que más tarde, y ya con el niño nacido, encontraría formas de manifestación más evidentes. De esta forma, encontramos que en todos los casos al tenerse conocimiento de la enfermedad, sobrevino una gran angustia, un sentimiento de culpa y el futuro quedó clausurado, además de que la ambivalencia se desbordó, resultando difícil de manejar y contener.

Al hablar del nacimiento (donde todos los casos fueron por cesárea), encontramos que las madres reportan que resultó ser un evento extremadamente agudo y doloroso en el sentido psicológico, donde fue de sumo impacto para ellas no poder ver en la mayoría de

los casos a sus hijos, (Angela, Abril, Luis y Angel), ya que se los llevaron inmediatamente para tratar sus enfermedades, al grado (como es el caso de Abril) de sufrir una importante hemorragia y ponerse sumamente grave. Únicamente las madres de Jesús y Paloma reportan que pudieron ver a los niños al nacer (sobre todo sus rostros, antes de que se los llevaran), lo que señalan como un relevante elemento que las tranquilizó y con lo que pudieron concentrarse en su recuperación.

Así mismo, encontramos que en todos nuestros casos los niños fueron separados de sus madres, por lo que la interacción ultra precoz que se genera usualmente en las primeras horas y días posteriores al nacimiento no se llevó a cabo, es decir, no disfrutaron de las interacciones precocísimas de que nos hablan Klaus y Kennel (1976), y que se desarrollan minutos después del nacimiento, aunque cabe mencionar que en México este es un procedimiento hospitalario normal y considerado necesario, y únicamente se les permite a las madres observarlos por unos instantes antes de que sean trasladados a otro ambiente.

Regresando a Klaus y Kennel (*op. cit.*) encontramos que opinan que los primeros días, y aun las primeras horas, siguientes al nacimiento constituyen un periodo durante el cual las madres tienen una particular sensibilidad para con el bebé, y este nivel de sensibilidad facilita y favorece el proceso de apego que habrá de unir a la madre con su bebé. Ellos demostraron que el efectivo desenvolvimiento de este periodo inicial tiene consecuencias de largo plazo sobre la relación madre-lactante, a este estudio se suma el de Kennel, Trause y Klaus (1975), donde se encontró que los niños que tuvieron un contacto precoz más prolongado con sus madres, a los tres años y medio mostraron en el test de cociente intelectual de Binet-Stanford resultados que eran más altos que los obtenidos por un grupo control de niños que disfrutaron de un menor contacto con sus madres en las primeras horas y días de nacidos, desde esta estadística, y su particular perspectiva el pronóstico sobre nuestros pacientes se ve ennegrecido. Sin embargo, y como comentamos, la relación entre algunas de las madres y sus hijos se ha logrado en forma por demás adecuada.

Por otra parte, encontramos que el nacimiento (Bibring y cols. 1961) es una experiencia extremadamente intensa y aguda para la madre, no sólo en el sentido físico, sino también en el plano psicoafectivo, donde el recién nacido se presenta como el que da sentido a esta experiencia aguda y crítica, y el contacto con éste que ha salido intacto del trance, es en general una experiencia de alivio. Sin embargo, en nuestros casos, los niños fueron retirados de inmediato, y como lo mencionan las madres de Ángela, Abril, Luis y Ángel, esta situación precipitó su angustia, puesto que el no poder ver a los niños en lo más mínimo, no les permitió ser "curadas" por la presencia de éstos. Y ya que nos referimos a la angustia, encontramos que Lebovici (1988) señala que, al estudiar la relación entre angustia y dolor se ha encontrado que conforman un sistema dialéctico donde cada uno, incrementa al otro. El dolor es angustiante porque despierta fantasmas referidos al cuerpo, a su integridad, y a sus lesiones. Así mismo, reactiva vivencias de castigo y persecución e induce a una regresión psicoafectiva, tanto de la libido objetal como de la libido narcisista: las relaciones de objeto vuelven a modalidades infantiles y se intensifica la investidura narcisista del cuerpo propio. La angustia se encuentra presente y es

considerable aun antes de que el trabajo de parto dé inicio. De esta forma, la espiral angustia-dolor no cuenta con la contención que la presencia del niño sano y salvo le puede proveer, por lo que las madres se enfrentaron a situaciones en extremo desestructurantes y difíciles de superar, situaciones que incrementan las probabilidades de la expresión de sentimientos de enojo, dolor, frustración y hasta odio hacia el bebé, ya que es el objeto real y culpable que origina la mencionada situación.

Con respecto al dolor físico vivido durante el nacimiento, no podemos omitir las observaciones realizadas por Winnicott (1971), cuando nos señala que el dolor físico y psicológico probablemente ayuda a la madre a vivir con toda plenitud y profunda realidad el proceso de separación. Después del nacimiento el bebé continúa siendo para la madre, en gran medida, una prolongación de sí misma, es decir, para la madre el bebé constituye todavía un "objeto subjetivo", sólo que ella también lo ve como un objeto real, desconocido y ajeno. Sin embargo, para que esta situación se desarrolle en forma adecuada es indispensable que la madre tenga oportunidad de saber del bebé cuando éste acaba de nacer. De lo contrario, el psiquismo de la madre corre el riesgo de precipitarse en un estado en el que el sistema primario se desborde sobre el secundario, con lo que los dispositivos de represión primaria queden anulados, mostrándonos un cuadro de grave depresión o hasta psicosis.

Al analizar esta situación a la luz de los datos proporcionados por las madres a lo largo de las entrevistas, encontramos que han sido la depresión y la angustia las que prevalecieron, alcanzando grados agudos, por lo que las madres reportan que necesitaron de varios días para recuperarse, aunque todavía al hablar de eso se conmueven en forma importante, lo que nos habla de que más que pensar en una superación del problema estamos ante su presencia misma que, a la postre buscará nuevas formas de expresión influyendo en el desarrollo de las interacciones con los bebés.

Así mismo, descubrimos que del otro lado, es decir, el de los recién nacidos, se desarrolla un estado de vigilia calmo y atento en las horas inmediatamente posteriores al nacimiento después de recuperarse de la conmoción sufrida durmiendo. Donde tal estado de vigilia es de celebrarse, porque se articula de forma perfecta con la necesidad, de orden afectivo, que tiene la madre de comunicarse con el bebé durante las primeras horas posnatales y de ser confirmada su identidad como progenitora de ese bebé, además de que este encuentro da la oportunidad de comenzar a forjar desde un principio (momentos después del parto) el nuevo proceso relacional entre ambos. Sin embargo, en nuestros casos encontramos que no se aprovechó, esto es, este importante estado de vigilia de los niños, que se articula con las necesidades maternas, en ninguno de nuestros casos tuvo oportunidad de desarrollarse ya que los niños fueron de inmediato llevados a atender, situación que pospuso el importante reencuentro entre madres e hijos, y que también, de una u otra forma tendrá sus respectivas repercusiones en las interacciones ulteriores, ya que la oportunidad de un primer encuentro, y con esto de una ultraprecoz interacción, que estimule al niño desde los primeros minutos de la vida extrauterina, no se efectuó, aunque como señalamos anteriormente, este es un procedimiento habitual en las unidades asistenciales del país.

En nuestros casos una vez más, hemos encontrado que este importante encuentro entre madres e hijos se ve afectado por los internamientos y tratamientos de los niños, por lo que los afectos maternos se traducen en sentimientos de culpa y dolor, generando con esto un decaimiento o hasta aislamiento generalizado en las madres, donde algunas de ellas como la de Paloma, Ángel, Abril, Jesús y Luis han alcanzado un importante índice de recuperación, en tanto que la madre de Ángela parece haberse coagulado en este proceso, por lo que el reencuentro entre ella y la niña no se ha alcanzado, y contrariamente a esto, cada vez parecen más distantes y ajenas una de la otra.

En lo que se refiere al aspecto económico, encontramos que como lo menciona Lebovici en el plano económico el trabajo mental de la puérpera es comparable al del duelo, aunque aparentemente constituya su opuesto. "Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en la que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobreinvertidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido" explicaba Freud (1974) con referencia al trabajo de duelo. Consideramos, que se podría aplicar esta tesis al trabajo de la puérpera. Ante todo por que ésta debe de hacer el duelo de su anterior gravidez, así como el de su hijo imaginario, que era perfecto e ideal y concordaba con todos sus deseos, incluso los contradictorios. Después porque debe de hacer el trabajo inverso: "adherir" deseos, esperanzas y sentimientos al hijo recién nacido; en resumen, "hacer lugar" para ese recién venido en su vida mental. En ambos casos, ya sea el trabajo de duelo o el de investidura del recién nacido, el gasto económico parece ligado a -y dependiente de- la necesidad de producir un "cambio" en la dinámica psicológica, de reorganizar el mundo interno según nuevos lineamientos.

En los casos de este estudio, encontramos que este trabajo de duelo se ve agudizado por la misma enfermedad del niño, donde no es posible escapar a esta situación ni siquiera en fantasía, ya que la enfermedad de los niños se encuentra inscrita en el cuerpo mismo, y aunque hemos visto que las madres han borrado de sus cuidados afectivos (lo que nos habla de la negación de esta parte del cuerpo de los niños, por las angustias, dolor y frustración que despierta) la cabeza de los niños, no es posible hacerlo del todo, por lo que el duelo del hijo perfecto imaginario en nuestros casos les ha llevado una mayor cantidad de tiempo, aunque en dos de nuestros casos encontramos importantes quiebres de este proceso, en el caso de Ángela parece más que la madre ha incursionado en una melancolía que la mantiene totalmente distante y ajena de la niña, ya que a pesar de que orgánicamente es una de las que mejor pronóstico tiene, ya que no padece infección, en el plano psicológico, que se manifiesta mediante el desarrollo psico-motor y la sociabilización, a pesar de reaccionar cuando la enfermera le daba de comer, la niña tiene un mal pronóstico, ya que la falta de estimulación le ha generado una importante detención del desarrollo manteniéndose la mayor parte del tiempo aislada del mundo y sus estímulos. Por otra parte tenemos el caso de Jesús, en donde encontramos un caso agudo de depresión hospitalaria de la madre, por lo que las estimulaciones sobre el niño son escasas, lo que nos habla de que este trabajo de duelo se encuentra desarrollándose en forma por demás lenta.

Al hablar de enlazar o invertir al niño con los afectos, encontramos que el caso de Ángel es por demás ilustrativo del buen curso de este proceso, mientras que los casos de Luis,

Abril y Paloma también cuentan con el desarrollo del mencionado proceso, pero en estos casos da la impresión de que los factores de ambivalencia han tenido una mayor capacidad de expresión y participación, hemos detectado quiebres y discontinuidades en los cuidados e interacciones codeterminados de manera importante por factores reales como el tener que atender a los otros hijos, que nos ilustran como el proceso de “hacer lugar” y adherir deseos, expectativas y libido en los niños se ve interferido.

En resumen, es como si el estado psicológico de la madre es móvil, plástico y fluido y se encuentra en vías de reorganización. Al parecer, este trabajo de reorganización durante las horas posteriores al parto, impulsa al aparato psíquico de la madre a reestructurarse, sea incluyendo al bebé en su ordenamiento y su dinámica, sea dejándolo en mayor o menor medida fuera de esa reestructuración. Freud comparaba la estructura del Yo con la del cristal. Al parecer el posparto es un periodo en el que el cristal del Yo está parcialmente desorganizado, las relaciones entre sus elementos son más fluidas y, en el momento de reestructurarse, lo hacen tomando en consideración al bebé, incluyendo también en su organización, los efectos de la llegada de aquél.

Al aplicar este postulado a nuestros casos encontramos que mientras podemos observar en algunas de las madres la flexibilidad de su *yo* para reestructurarse (aunque aun en estos casos las cosas no son en lo más mínimo sencillas, por lo que también manifiestan quiebres, dolor, angustia y periodos de desestructuración), y donde encontramos el más claro ejemplo de esta dinámica en la madre de Ángel; mientras que en el otro extremo, encontramos a la madre de Ángela, con una dinámica que se manifiestan rígidas, destinando a la niña al abandono. La situación parecer resultarle insoportable y la única salida que encuentra es la negación y el distanciamiento con respecto a la niña.

En cuanto al análisis de *la génesis de la relación objetal en el bebé*, encontramos en Freud (1915) que lo que saca al niño de su estado de beatitud e indiferencia del resto del universo que lo rodea, es justamente la interacción con quien lo cuida, “el estado narcisista originario jamás podría evolucionar si no fuese porque todo individuo atraviesa un periodo en que, incapaz de valerse por sí mismo le son indispensables los cuidados del otro”, lo que inaugura la vida psíquica del lactante y da comienzo al proceso de humanización.

Es justamente el paso del narcisismo primario a las relaciones objetales, apuntalado en la génesis del deseo y de la activación de sus zonas autoeróticas que movilizan las huellas mnémicas y abren paso a la alucinación del placer, todo esto íntimamente engranado con la maduración del sistema nervioso central y la crecientes capacidades tanto psicomotoras como relacionales, lo que impulsa al lactante a su creciente independencia de la madre, y su progresivo desprendimiento de los cuidados maternos. Todo lo cual a la postre sirve como infraestructura de la secundarización a partir de las primeras identificaciones que se efectúan por incorporación (Abraham, 1916) y por introyección (Ferenzi, 1912), dando lugar al paso del principio del placer al principio de realidad.

En los pacientes del estudio, encontramos que para la edad cronológica que tienen (3 a 11 meses), se encuentran inmersos en esta serie de complejos procesos, afectados de entrada

por la hidrocefalia, para los cuales resulta indispensable la participación de la madre y sus interacciones. En este sentido también encontramos una gran gama de estilos de interacción, que van desde el abandono, como lo muestra la madre de Ángela, donde la niña no da indicios de encontrarse en el proceso de la construcción de las relaciones objetales, y únicamente durante las sesiones de alimentación con la enfermera encontraba una interacción estimulante, que se adaptaba a sus necesidades y capacidades, *donde era atendida y escuchada*, se mostraba ligeramente activa; sin embargo, eran tan breves y aislados estos eventos que difícilmente podrían servirle de una adecuada plataforma desde donde construir las relaciones de objeto, seguramente por esta razón la niña rotaba a una postura donde ningún estímulo del exterior parecía alcanzarla a tocar, o a perturbar su estado de aislamiento.

Por otra parte encontramos que en Abril, la génesis de sus relaciones objetales, (que en casos modelo podríamos considerar que inician momentos posteriores al nacimiento, con el contacto con la madre y sus interacciones), se vieron afectadas desde el principio por los procedimientos médicos que se le tuvieron que practicar, ya que fue separada inmediatamente de su madre, y el contacto físico con ésta se produjo hasta días después de su nacimiento.

En la observación de las interacciones encontramos que Abril, permanece inmóvil por largos periodos, en un estado de somnolencia, por una parte podemos atribuir este estado a la infección que padece, pero por otra a la falta de estimulación en la que se encuentra, ya que cuando su madre permanecía por más tiempo en el Instituto a su lado, la niña se encontraba mucho más reactiva. Sin embargo, al ser trasladada a su casa, cuando la traían a consulta para que se le practicara algún procedimiento médico, observamos cierto avance en el desarrollo, y encontraba más reactiva a los estímulos del exterior, además de que como la madre lo reportó estaba comiendo mejor, otro elemento que resulta ser extremadamente significativo es el hecho de que la infección estaba cediendo, en este punto es importante mencionar que las dosis de medicamentos que se le estaban suministrando eran exactamente iguales a las que se le daban cuando estaba internada, por lo que podemos atribuir la mejora, en gran medida, a la cercanía de su madre, lo que no ocurría en el hospital, sobre todo cuando esta última se vio obligada a ausentarse por largos periodos.

En el caso de Luis encontramos que poco a poco desde su nacimiento ha ido recorriendo el camino de la formación de las relaciones objetales, sin embargo al igual que en otros casos ha tenido sus detenciones, ya que su madre, se ha ausentado por periodos de importancia para el niño. Y este lo ha resentido en forma considerable, primero reaccionó con una actitud de “enojo” según lo explica su madre, y después con un franco retroceso en el desarrollo (aumentado por la infección que padece, y que a su vez se incrementa por la falta de estimulación y aislamiento en que se encuentra por periodos importantes), que se reflejan en sus largos periodos de sueño, que antes no se presentaban, en su apatía para con el alimento, en su irritabilidad.

En otro sentido, podemos considerar, siguiendo a Spitz, que en Luis ya se encuentra constituido el primer organizador, Así mismo, encontramos que se encuentra

estableciendo el segundo de los organizadores, es decir, la permanencia del objeto interno ya que reacciona en formas selectiva y significativa ante la presencia de su madre, aún a pesar de que sólo escuche su voz, o mire su figura cuando llega al ambiente, cabe señalar que esta actitud fue muy evidente antes de que su madre se ausentara del Instituto por periodos prolongados, ya que cuando ella se comenzó a ausentar desapareció esta conducta y Luis se refugió en el sueño, y comienzo de una depresión, (situación que a nuestro juicio colaboró en forma definitiva para el aumento de la infección), y los recuperó cuando la madre le vuelve a dedicar más tiempo.

En el caso de Ángel encontramos que está desarrollando este aspecto en forma favorable, ya que a sus tres meses, ya comienza a tener ciertas conductas que nos hablan de ello, es decir, desde el planteamiento de Spitz, muestra datos de estar constituyendo el primer organizador, por lo que consideramos que en el caso de Ángel las cosas se están desarrollando en forma por demás adecuada, ya que en su caso a diferencia de los otros, tiene la intervención de ambos padres, por lo que está sometido a mayor cantidad, calidad y estilo de estímulos, así mismo los padres se dan contención y apoyo el uno al otro, y con esto proporcionando al niño una mayor continuidad y hasta calidad de los cuidados.

Por otra parte, tenemos a Jesús. En él observamos que al encontrarse las interacciones parcialmente desprovistas de la parte afectiva y concentradas únicamente en los aspectos operacionales, la construcción del objeto interno se ha desarrollado en forma extremadamente lenta, ya que el niño cuenta con once meses y carece de una gran gama de elementos que ya deberían de ser detectables.

En este punto no podemos dejar de mencionar que otro factor importante que se encuentra en el caso de Jesús es el daño fisiológico, que tanto la hidrocefalia como las infecciones que ha padecido le han producido, elemento que probablemente contribuye en forma importante a este retraso en los aspectos relacionales y psico-motores del niño.

En lo que se refiere a Paloma, encontramos que los datos que nos remiten a la existencia del primer organizadores propuestos por Spitz, y con esto datos que nos hablen de la construcción de objeto, en la niña son esporádicos, y durante un periodo desaparecieron, por lo que en este caso, encontramos que la construcción de objeto interno ha tenido importantes detenciones.

Y ya que estamos hablando de los organizadores psíquicos, encontramos que Spitz (1965), indica que hacia los dos meses y medio de vida se produce un cambio decisivo. Una nueva capacidad de expresión afectiva, la sonrisa, aparece desde entonces en forma regular como respuesta a todo rostro humano, en tanto sea móvil y se exhiba de frente. Para Spitz y sus colaboradores, esta aparición de la *sonrisa social* significa todavía mucho más: es la marca de una transformación generalizada en el funcionamiento neurofisiológico y conductual del bebé.

En nuestros casos podemos mencionar que no se han encontrado por igual la presencia de este organizador, pero como el mismo Spitz señala, el desarrollo del aparato psíquico del bebé está ligado a la relación con la madre, por lo que en cada caso la presencia o

ausencia de estos organizadores nos habla de la calidad de interacciones entre madres e hijos, de tal suerte que en los extremos tenemos a Ángel, que ya comienza a manifestar el primer organizador, y que corresponde a su edad, mientras que Ángela y a Jesús se encuentran muy lejos de dar indicios de su existencia (en ambos debería de ubicarse claramente su presencia).

En lo que se refiere al segundo organizador psíquico, podemos mencionar que en ninguno de nuestros pacientes obtuvimos elementos para determinar su manifestación, aunque cabe señalar, que Angel, Paloma, Luis y Abril no cuentan todavía con la edad necesaria para mostrar estos elementos. Y únicamente Ángela y Jesús se encuentran dentro del rango cronológico que determina la aparición de este segundo organizador, es decir, la angustia del octavo mes.

Por otra parte, al analizar nuestros casos desde la propuesta de Mahler (1968), encontramos que los niños se encuentran dentro de lo que denomina *la psicosis simbiótica*, que es un estado en que el niño constituye con su madre una unidad diádica al interior de un espacio común cuyos límites podrían ser comparados con “una membrana simbiótica” donde se organiza “una armonía rítmica de interacción”, y aunque por momentos algunos de los niños (Abril, Paloma, Jesús y Luis), a partir de los quiebres, ausencias y discontinuidades de las interacciones de sus madres, han dado indicios de detenimientos en el desarrollo que se podría llegar a precipitar en *la psicosis autista* en que el bebé llega a un desamparo tal que no alcanza a percibir a su madre en el mundo exterior, y ella no le sirve para orientarse en el reconocimiento de lo que existe y vive en torno a él, esto no ha sucedido, ya que han logrado superar y retomar su desarrollo, aunque en algunos casos (Abril, Jesús y Luis) en forma por demás lenta. La única paciente que podría ser considerada como “en riesgo” de caer en una *psicosis autista*, es Ángela. Sin embargo, la calidad de su respuesta durante las interacciones con la enfermera en los momentos de alimentación, nos habla de que la niña podría no caer dentro de esta situación.

Finalmente encontramos la propuesta de Winnicott (1971) quien parte del supuesto de que el bebé y su madre entran en una unidad fundamental cuasiperfecta. Cuando la madre lo deja para recuperar progresivamente sus otras actividades, impulsa al niño a recrear alucinatoriamente su presencia. Pero Winnicott, considera que para que pueda perder y posteriormente realizar esta recreación alucinatoria de la madre y su pecho, es indispensable que las haya conocido en su realidad. Esta separación relativa genera la *preocupación* y la *frustración* del bebé, quien excitado aunque saciado, deberá aprender que los agujeros hechos por la madre no impiden que él sobreviva. Dentro de este lento proceso va adquiriendo la sensación de un continuo de existencia que no es otra cosa que el reconocimiento de su *si-mismo* o *self*. Esta continuidad separa una zona especial denominada *transicional*. Coincidimos totalmente con esta propuesta, y que la calidad de la zona transicional abre las posibilidades para el desarrollo de los niños. En nuestros casos encontramos que los padres de Ángel alcanzan el estatuto de *madre suficientemente buena* que aporta un *holding* adecuado, mientras que la madre de Paloma también se encuentra dentro de esta clasificación, aunque el quiebre que mostró durante un periodo la sacó temporalmente de esta categoría.

Por otra parte, encontramos a las madres de Luis y de Abril, quienes mostraron, (debido a sus obligaciones con el resto de la familia, y a sus ambivalencias y dinámica psíquica) una continuidad en el *holding* constantemente interrumpida, (situación que repercutió en forma importante en el estado afectivo y anímico de los niños) con lo que podemos concluir que en sus interacciones si alcanzaban la categoría de *madre suficientemente buena*, pero esto en forma parcial debido a las interrupciones sufridas. Finalmente, en los casos de Ángela y Jesús encontramos que el *holding* no es adecuado, ya que mientras en el caso de Jesús está totalmente desprovisto del aspecto afectivo y únicamente mantiene los aspectos operatorios; en el caso de Ángela no existe en lo más mínimo, lo que nos explica claramente el por qué del estado depresivo y de inactividad de la niña.

Para terminar podemos concluir que en nuestros pacientes, como señalan las investigaciones de Rose (1966), Rodrigué (1968), Jacobson (1969), Peto (1959) y Greenacre (1953 y 1956), los daños corporales generados durante la temprana infancia son graves, ya que afectan el desarrollo psíquico del niño al interferir la discriminación entre *self* y *no-self*, el establecimiento de *las relaciones objetales*, y con la formación de *una debida imagen corporal*, que requiere para su conformación de una libre capacidad de movimientos, además de un adecuado *holding* que sufra de un mínimo de discontinuidades y fracturas, es decir, de una *madre lo suficientemente buena*. Como podemos ver, la construcción del aparato psíquico en su conjunto se realiza a partir de un sistema multifactorial, donde cada elemento del sistema contribuye y afecta a los demás, por lo que fallas en alguno generan invariablemente modificaciones en los demás.

Pasemos ahora al análisis de *la unidad narcisista primaria como punto de partida del cuerpo libidinal*. En este sentido, encontramos que es indispensable, para la conformación de la *unidad narcisista primaria*, que la madre entre en un estado psicológico especial que se desarrolla progresivamente hasta alcanzar un grado de sensibilidad acrecentada durante el embarazo que encuentra su punto más agudo al final de éste, estado que se conserva durante algunas semanas posteriores al nacimiento, (Winnicott, 1969). Finalmente, señala que una mujer debe ser realmente sana, tanto para alcanzar este estado psíquico como para curarse de él al llegar al destete del bebé. *La preocupación materna primaria* resulta ser fundamental para la supervivencia del bebé.

En nuestros casos descubrimos que mientras en las madres de Ángel, Paloma, Luis, Abril y Jesús, (estos cuatro últimos con sus respectivos quiebres), han alcanzado este estado especial del psiquismo, (que es la *preocupación materna primaria* en Winnicott, *Identificación centrífuga* en Freud, o en Gutton no tanto como psicótica en el sentido llano de la palabra, sino más bien como estado límite), en el caso de Ángela las cosas no resultan así, y la madre se mantiene distante, es decir, la negación de los cuidados maternos, de la mirada y del contacto corporal, así como de la presencia, expresan el rechazo de la misma niña como objeto, ya que de ser un objeto de placer (como es el caso de la mayoría de los hijos, aun a pesar de la ambivalencia), a pasado a ser un objeto de dolor, negado por todos los medios. Al respecto Gutton (1987) realiza la siguiente fórmula: *a más débil regresión materna, mayor el riesgo de que los cuidados maternos neuróticos resulten patógenos*.

Dentro de este ámbito de ideas, es de suma importancia resaltar que esta reubicación del acento en la relación madre-bebé, no anule al bebé como agente productor de mensajes, es decir, el bebé también responde y más aún genera mensajes dirigidos a su entorno, su mirada, su llanto, su postura, su calma o excitación, señales que poco a poco van alcanzando ciertos patrones o ritmos, que si no sabemos identificar tanto nosotros como observadores, como la madre como procuradora de afecto y cuidado, se corre el riesgo de no entender el mensaje emitido por el bebé y por consiguiente no satisfacer su demanda. Es así como, al estar la balanza cargada del lado de la madre, los mensajes del bebé corren el peligro de no ser escuchados, o por el contrario, ser comprendidos y atendidos por la mamá, desde nuestra perspectiva el que la madre viva una regresión adecuada, depende el que pueda estar abierta a las comunicaciones de su hijo y de que su psiquismo le permita y hasta fomente esta regresión.

En los casos de nuestro estudio encontramos que en el caso de Ángel y la mayor parte del tiempo con Paloma, los niños fueron debidamente escuchados, mientras que en los casos de Abril y Luis, sus madres sí los escuchaban, y hasta interpretaban debidamente las causas del origen de la depresión de los niños, (esto es, la depresión del niño como producto de las largas ausencias de ellas). Sin embargo, sus otras actividades, sus problemas familiares y sus dinámicas psíquicas originaban distanciamientos temporales importantes. Por otra parte, tenemos el caso de Jesús, quien era debidamente escuchado en sus demandas de atención operatoria, a diferencia de sus demandas de afecto, ya que en este aspecto la madre se mostraba sorda, a nuestro criterio debido a la depresión intrahospitalaria en que se encontraba y únicamente al final de las observaciones detectamos un cambio sustancial en la conducta y la calidad de los cuidados afectivos. Finalmente tenemos a Ángela, quien no era escuchada en ningún sentido, lo que produjo que la niña abandonara todo intento de comunicación, es decir de interacción con la madre.

En lo que se refiere a *la relación objetal de la madre*, encontramos que los cuidados maternos comprenden el conjunto de manifestaciones por las que se expresan las motivaciones maternas, En este sentido encontramos la presencia del deseo materno y su emplazamiento sobre algunos de los pacientes de nuestro estudio, como es el caso de Paloma, Ángel, y con su importante carga de ambivalencia (más notoria que en los dos anteriores) Luis, Abril y Jesús, mientras que en el caso de Ángela no encontramos datos del emplazamiento del deseo, quizás podríamos hablar del deseo materno de que la niña no esté, el deseo de negarla en todos los niveles. Es así como en el resto de nuestros casos encontramos que en mayor o menor medida, los niños se han convertido en el renacimiento o reproducción del narcisismo de sus madres, expresado en la continuidad de los cuidados, en tanto que, cuando este narcisismo no se ve confirmado la madre aparece como no satisfactoria, hay una discontinuidad en sus encuentros con el hijo, abriéndose entre ambos una discordancia en tiempo, espacio e interacciones, lo que a la postre acarrea problemas para la relación, situación que se presentó por un corto periodo en las interacciones entre la madre y Paloma, y en periodos mayores en Luis y Abril, y en el sentido afectivo en el caso de Jesús, casos donde verdaderamente pudimos observar los graves riesgos que puede implicar esta falta de continuidad, donde encontramos la más nítida expresión de este peligro y sus consecuencias en el caso de Ángela.

En todas las secuencias de interacciones precoces encontramos, una virtual “reescritura del pasado de la madre, a todo lo largo de un proceso de integración del relato anterior (que remite al primer relato, primer pasado verdadero de la madre, elaborado en el momento del Edipo)” (*ibid*). Con cada una de las repeticiones a lo largo de las interacciones con el bebé, se produce un corrimiento progresivo, lo que hace de los cuidados maternos, y en sí de todo el sistema de interacciones precoces, una estructura permanentemente abierta y cambiante, donde se entremezclan significantes pasados y presentes, es así como mediante la observación de las interacciones encontramos una ventana abierta al pasado de las madres, a su lactancia e infancia, a sus relaciones parentales y a su proceso de estructuración de relaciones objetales, todo esto permeado por situaciones actuales, como son los problemas que se han ido presentando y que han influido en forma decisiva el curso de las interacciones.

En este punto es indispensable considerar, que a partir de esta dinámica, “el descubrimiento de una enfermedad durante el periodo neonatal del hijo, (como es el caso del padecimiento que estudia esta tesis) puede constituir lugares de convergencia de significantes maternos inconscientes; en ellos la enfermedad adquiere significaciones inesperadas, es decir como *la unidad madre-hijo in utero, corporal, ya no existe, la unidad simbólica la reconstituye*, permeada en forma importante por la enfermedad del niño, y todas sus consecuencias”, de tal suerte que encontramos en los polos de esta dinámica los casos de Ángel y Ángela, ya que mientras en el primero los padres afrontan la situación en forma optimista y estimulan al niño adecuadamente, lo que repercute tanto en su desarrollo psíquico y neurológico, como en su estado anímico. (todo esto a pesar de que cuando el niño nació fue literalmente desahuciado por el cuerpo médico), en el otro extremo encontramos a Ángela, quien no padecía ningún tipo de infección, y en lo que se refiere al aspecto médico es la paciente de nuestro estudio que tiene mejor pronóstico, pero desde la perspectiva del desarrollo psicológico y por ende psico-motor, resultó ser la más afectada, debido a la importante falta de estimulación. Consideramos que en la madre, la mezcla de su propio pasado, con la situación presente de la niña, que seguramente reactualiza lo vivido (en el más amplio sentido de la palabra) con su hijo mayor, la remite a anular a la niña, y con esto remitir a Ángela al olvido y la indiferencia.

Todo lo anterior nos lleva, junto con Guton (*op. cit.*) a concluir que en todos los casos “las perturbaciones de la conducta materna traducen compromisos sintomáticos que resultan de estos conflictos. La representación misma del hijo es la resultante de estas fuerzas intervinientes. *Si todavía el hijo no es, el síntoma de la madre, está por serlo.*” Es decir, el bebé resulta ser el renovador y revelador de los conflictos edípicos parentales, la primera relación madre-bebé se desarrolla bajo la sombra del *retorno de lo reprimido*, en unos pacientes con consecuencias favorables que estimulan el desarrollo, y en otros justamente en sentido opuesto, donde, como hemos venido observando, los cuidados del bebé están regidos por la ambivalencia, de tal suerte que los cuidados maternos adquieren la categoría de formaciones de compromiso (Freud) o formaciones del inconsciente (Lacan), donde la madre trata, mediante sus cuidados, de resolver el conflicto intrapsíquico generado a partir del encuentro de sus propias relaciones parentales reactualizadas, con sus deseos, ideales y fantasmas.

El examen fino de las interacciones muestra en las madres la existencia de bloqueos focalizados en aspectos específicos de los cuidados, donde puede ocurrir que la madre ignore en el cuerpo del bebé segmentos que escotomisa o anula, a su vez, en el nivel de su propio cuerpo, o bien que le signifiquen simbólicamente un conflicto inconsciente. que en nuestros casos los hemos encontrado, en el sentido temporal, en variaciones de los cuidados, sobre todo en los casos de Abril, Luis y Paloma. Mientras que en el sentido espacial, invariablemente encontramos que la cabeza fue el espacio corporal por excelencia donde la ambivalencia y los fantasmas inconscientes encontraban su lugar de emplazamiento, la cabeza resultó ser el agujero absoluto en lo referente al aspecto afectivo, y por el contrario, fue el lugar privilegiado de los cuidados operatorios. La ausencia de afecto sobre este lugar refleja la importante herida narcisista que representa en los padres.

Es así como descubrimos que *la madre suficientemente buena* (Winnicott) o *satisfactoria* (Kreiser) es aquella que desea a su hijo y tiene la posibilidad psíquica (consciente e inconsciente) y real de satisfacer ese deseo. En psicopatología clínica, la agresividad parece manifestarse en principio, en el cuadro de los cuidados maternos neuróticos, de modo negativo: introduce una discontinuidad en el continuo espacio-temporal, de la investidura materna, impidiendo el desarrollo de estímulos familiares e introduciendo en el niño ritmos no familiares y factores de desamparo (Gutton, 1987). Este evento que fue en mayor o menor medida por demás evidente en todos nuestros casos, actúa como síntoma de la dialéctica inconsciente de la pulsión y la prohibición (represión), donde descubrimos que la agresividad se concentra en las *posiciones superyoicas* que se oponen a la actividad libidinal, en tanto que la angustia y sus diversas manifestaciones, se despliegan en los propios cuidados del bebé. La madre realiza (consciente e inconscientemente) una selección de las señales del niño, selección que en los casos psicopatológicos resulta ser particularmente dramática, justamente como sucede en el caso de Ángela, (donde consideramos que la niña íntegra es significada como un objeto fóbico por la madre), parcialmente (únicamente de los aspectos afectivos) en el caso de Jesús y temporalmente con Paloma.

En lo referente a *la semiología del cuidado materno y las interacciones precoces*, encontramos que la continuidad, del embarazo a la constitución de la unidad narcisista primaria, se ha desarrollado de muy diversas maneras en nuestros casos, ya que mientras en Paloma y Ángel adecuadamente, y en Abril, Luis y Jesús con sus respectivos quiebres, en Ángela esta continuidad no es observable. Hemos llegado a esta conclusión gracias a que hemos observado que cada pareja ha encontrado secuencias de ritmos adecuadas o no, que han favorecido o inhibido el desarrollo de los niños a pesar de las implicaciones y limitaciones generadas por la enfermedad y el tratamiento.

Por otra parte, en lo referente a *la libidinización del cuerpo del bebé*, entendiendo por libidinización al proceso de apuntalamiento de las pulsiones libidinales de la madre sobre el cuerpo del lactante, que se manifiesta mediante las secuencias de caricias, besos, miradas, palabra de afecto y juegos, a lo cual los niños responden en forma participativa, y placentera.

Los casos en que encontramos un adecuado apuntalamiento de las pulsiones libidinales, y con esto el desarrollo de la libidinización del cuerpo de los niños, han resultado ser Ángel, Paloma, Abril y Luis, estos dos últimos con sus quiebres y discontinuidades en los cuidados, lo que ha acarreado sus respectivas consecuencias, ya que son quienes muestran significativos retrasos en el desarrollo, finalmente se encuentran Jesús y Ángela, donde observamos los más drásticos y graves detenciones y retrocesos en el desarrollo.

Pero pasemos a un análisis más fino de este aspecto de las interacciones precoces. Como lo marca Gutton, el chupeteo se desarrolla entre los momentos de succión del alimento. La zona erógena se concibe como sede de una excitación de placer irreductible al sólo funcionamiento biofisiológico, situada en el lugar en que se efectúan los intercambios del organismo. A partir de este estadio, la actividad libidinal aparece simultáneamente en las secuencias de satisfacción de la necesidad (la concomitancia) y aislada de esta última en el plano temporal, esta situación la observamos en las interacciones de nuestros pacientes donde los episodios de alimentación nos descubren los procesos que se están desarrollando al interior del psiquismo de los niños, en principio encontramos que en los casos de Paloma (aunque ella fue alimentada mediante una sonda), Abril, Luis y Ángel las caricias de las madres, sus miradas y palabras así como los besos que les procuraban durante esta actividad, hacían de estos momentos un espacio privilegiado donde los niños recibían un verdadero baño de afectos, un importante momento del emplazamiento y apuntalamiento libidinal de las madres sobre la superficie corporal y aparato psíquico de los niños, que estos últimos relacionaban con el momento de la alimentación, seguramente por este motivo, al deprimirse las madres (de Abril, Luis y Paloma) o estar ausentes, y hacer del momento de la alimentación un acto netamente operatorio, los niños respondía con una asimilación menor de alimento, al grado de que ya no querían comer, además de que pasaban casi todo el tiempo dormidos y aislados del mundo.

En importante articulación con los planteamientos anteriores, encontramos con Emde (1968), que los afectos experimentan un desarrollo y una maduración hacia los dos meses de vida, este cambio se puede entender a la luz de la modificación de la corteza cerebral, que por entonces sobreviene. En ese momento desaparece la mayor parte de los reflejos arcaicos, mientras que la neurogénesis posnatal y la mielinización alcanzan un desarrollo hasta entonces desconocido. En este periodo se observa también la disminución del dormir paradójico: como el adulto, el bebé entra en el sueño con dormir profundo. Con lo que también se observa una importante evolución de los afectos hacia la diferenciación, hacia la aparición de sentimientos cada vez más matizados y sutiles, con lo que las conductas del bebé se van modificando y afinando gradualmente, contestando cada vez más a los actos de su madre, además de estimularlo ya que la madre siente que es percibida por su hijo, situación que es por demás clara entre Paloma, Abril, Luis y Ángel, y sus respectivas madres, ya que ellas consideran que los niños se percatan de todo lo que ellas sienten o les ocurre, así como de todos los cuidados que les procuran.

A partir de los anteriores datos podemos concluir que la investidura narcisista de Paloma se encuentra inmersa en el tránsito del conjunto que formaba con su madre, hacia ella misma y su creciente percepción de *si-mismo* distinto del de su madre, encontrando un

importante apoyo en la promoción de la madre, ya que en el caso de la madre de Paloma observamos que promueve este desarrollo de autonomización de la niña. Así mismo, podemos comentar que en los casos de Jesús y Ángela, es justamente la importante carencia del emplazamiento libidinal sobre el total de la superficie corporal, lo que encontramos como génesis del importante retraso psico-motor, relacional, afectivo y hasta de reactividad, que muestran. La libido les es negada, y con esto su acceso al mundo de los afectos y las pulsiones libidinales, al mundo simbólico, es decir, al mundo humano.

Al referirnos al *hipofuncionamiento e hiperfuncionamiento de los mecanismos libidinales*, encontramos que los casos de nuestro estudio son sumamente significativos e ilustrativos de las consecuencias que tienen las variaciones tanto cuantitativas como cualitativas de los cuidados maternos y las interacciones precoces, sobretudo en el plano afectivo. Así, podemos mencionar:

En primer lugar el caso de Ángel, donde el equilibrio en el plano cualitativo entre los aspectos operatorios y afectivos es sumamente adecuado y estimulante para el desarrollo del niño. Así mismo, en el sentido cuantitativo, los padres se han adaptado a los ritmos, necesidades y capacidades de Ángel, por lo que alcanza a metabolizar los afectos y dinámicas que emplazan sobre él, ellos *escuchan y se adaptan* a los mensajes de su hijo, por lo que la interacción y los mecanismos libidinales alcanzan un óptimo equilibrio.

En segunda instancia encontramos a Paloma, en este caso descubrimos tres periodos, el primero es adecuado y adaptado a los ritmos de la niña, tanto en lo cualitativo (operacional y afectivo) como en lo cuantitativo. Mientras que el segundo periodo, se caracteriza por el hecho de que, cuando la madre se enfrenta a su complicado problema personal se aísla de la niña, y descubrimos una total carencia cuantitativa y cualitativa del aspecto afectivo, aunque en el plano operativo los cuidados continuaron intactos, es decir adecuados. Este aislamiento contribuyó a que el estado anímico y la actividad de Paloma se deteriorara en forma importante, al punto de dejar de comer y requerir que se le practicara una gastrostomía para poderla alimentar. Cuando mejora la situación y estado afectivo de la madre, los cuidados que le prodiga a la niña recuperan, su anterior calidad y cantidad afectiva, lo cual incidió, a su vez, en que la niña también *se curara*, recuperando su anterior estado de actividad, además de que se reportaron indicios de que la infección comenzara a ceder ante los tratamientos.

En tercera instancia tenemos los casos de Luis y Abril, quienes sufrieron situaciones similares, esto es, sus madres tenían graves problemas familiares, por lo que se ausentaban largos periodos del lado de sus hijos, y cuando estaban con ellos, en ocasiones permanecían ausentes en lo afectivo y relacional, mientras que en otros momentos, sus cuidados mejoraban, acorde con su estado emocional, considerablemente, tanto cuantitativa como cualitativamente en el plano afectivo, ya que se adaptaban en forma por demás adecuada a los mensajes, capacidades y ritmos de los niños. Cabe mencionar que el aspecto operatorio siempre se mantuvo en rangos adecuados, ya fuera que haya sido proporcionado por la misma madre o por alguna enfermera del Instituto, de esta forma, mientras que los cuidados operatorios fueron constantes en lo cuantitativo y en lo

cualitativo, el aspecto afectivo oscilaba constantemente, de la total ausencia a una adecuada presencia y dinámica, generando como resultado, una oscilación en los estados de los niños, desde la participación activa a la depresión y aislamiento, y de ahí de regreso, en concordancia con los cambios de estimulación afectiva.

Finalmente, tenemos los casos de Jesús y Ángela, estos se distinguen por una significativa carencia del aspecto afectivo tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo, lo que ha producido en los niños un importante detrimento en sus estados psicológicos y anímicos. Sin embargo, entre ambos existe una relevante diferencia, ya que Jesús disfrutó de cuidados operacionales de calidad, es decir cuantitativa y cualitativamente estables, además de que, al final de las observaciones, detectamos un importante cambio positivo en la calidad afectiva de la interacción materna.

Ángela, por su parte, únicamente tiene acceso a cuidados operatorios adecuados cuando la alimenta y atiende la enfermera. De ahí que la niña tenga muy pocos elementos de donde *asirse* para poder mantener una adecuada relación con el mundo. De esta forma, encontramos que Ángela se muestra como la paciente con menor (casi nula) cantidad y calidad de interacción con su madre, y la que presenta la mayor cantidad de retraso en el desarrollo del aparato psíquico, lo que se relaciona, pensamos, directamente con el hecho de ser la paciente más deprimida y descuidada en todos los sentidos.

Es así, como podemos observar claramente, cómo los cuidados operatorios por sí solos se encuentran lejos de satisfacer las necesidades mínimas de un lactante, ya que estos cuidados no tuvieron la capacidad de mantenerlos estables y mucho menos de promover su desarrollo psicológico. Situación que cambiaba drásticamente cuando las madres podían incluir los cuidados afectivos. Así mismo, encontramos que las interacciones precoces en su conjunto, son el motor del desarrollo global del lactante, y su carencia tiene consecuencias graves.

Es tiempo de pasar al análisis de las *interacciones fantasmática*, que podemos definir como: “Interacciones que se organizan al paso que se va construyendo el hijo imaginario, y que ya durante el embarazo han adquirido su pleno desarrollo. Pero también están determinadas por los fantasmas que connotan el deseo de maternidad” (Lebovici, 1987). De esta forma encontramos que la elección del nombre para el bebé constituye en ocasiones un elemento bastante adecuado para percibir que lugar ocupará –u ocupa ya– la criatura dentro de la vida fantasmática de la madre, es decir, el hijo por venir es un proyecto, sexuado y a menudo nombrado. De esto se desprende el concepto de secuencia escénica fantasmática, que describe la complejidad y dinámica de la relación padres-hijo (y con más precisión a la relación entre la madre y su bebé).

En este sentido el nombre de nuestros pacientes resulta ser relevante, ya que es producto de la fantasmática parental, esto es: Ángel, Ángela, (ángeles que están en el cielo) Jesús y Paloma (también en el cielo), a todos ellos les pusieron el nombre después de nacer, lo que los sitúa en un espacio virtual entre el cielo y la tierra. Únicamente quedan exentos de esta condición Abril y Luis.

A este elemento podemos agregar lo que Ajuriaguerra estudió en detalle y denomina “diálogo tónico”, diálogo que se refiere a los nexos entre la vida afectiva y el tono muscular, lo que nos permite hablar, de acuerdo con el autor, de un sistema tónico-emocional: donde se organiza la asimilación recíproca de la madre y su bebé; todo ocurre como si el lactante buscara su postura en el modo en que la madre lo tiene. Esta situación fue muy visible en los casos de Ángel, Paloma, Luis y Abril, mientras que Jesús, disfrutaba de esta interacción y su respectivo diálogo fantasmático únicamente en momentos aislados, básicamente durante la alimentación. Y finalmente Ángela no tenía acceso a este aspecto de la relación.

De esta forma, encontramos cómo mediante el íntimo contacto físico, los lactantes tienen acceso al mundo fantasmático materno, y con esto al material indispensable para ir construyendo su propia vida fantasmática. Y la falta de este contacto, como resulta extremadamente evidente en el caso de Ángela, interfiere o impide el desarrollo de la vida fantasmática del propio bebé, verdadero pilar de la estructura psíquica.

Es así como el nacimiento del hijo es acontecimiento en el sentido de que es, encuentro entre fantasma y realidad, objeto interno y objeto externo, como lo hemos venido analizando en las observaciones realizadas sobre las interacciones fantasmáticas entre nuestros pacientes y sus madres. En última instancia, Lebovici nos señala que ya no existe motivo para establecer una separación radical entre la descripción de la relación de objeto y de las interacciones precoces: éstas últimas movilizan los fantasmas maternos que pueden predecirse, y contribuyen al desarrollo epigenético de la vida fantasmática del bebé.

Finalmente, podemos comentar a modo de conclusión que el niño nace en el inconsciente y el consciente parentales mucho antes de su nacimiento en lo real, el cuerpo biológico del bebé queda envuelto en una secuencia escénica fantasmática cuya historia remite, por la menos, a la de los abuelos. La trayectoria y el deseo de los padres, que se reactualiza durante las interacciones precoces tiene origen en los primeros esbozos del inconsciente de ellos, en el que se inscriben las generaciones antecesoras. Con motivo del nuevo nacimiento se produce una reescritura, una resignificación de las etapas ambivalentes de los padres. De forma tal que el niño viene a ocupar un lugar esperado, ya elaborado dentro de la *novela familiar* de sus padres (y resto de la familia).

Es tiempo de pasar al análisis de los elementos que integran lo que hemos denominado: *el bebé con hidrocefalia congénita y el tratamiento hospitalario*, dentro del cual podemos ubicar en primera instancia, *el psiquismo del niño enfermo y el síndrome de depresión hospitalaria*, donde indagaremos las consecuencias del estado de enfermedad, y de la exposición a los tratamientos e internamientos, en el desarrollo de su vida psíquica.

Debido a que el lactante no puede interrumpir el ciclo de su vida y de su desarrollo, cuando se interna a un bebé, el personal del hospital, en colaboración con la madre del paciente tiene que asumir tareas más allá de la función curativa, tareas que deben cumplirse de forma tal que el proceso de desarrollo pueda continuar. Un día normal en la vida de un bebé implica su relación con adultos (su madre principalmente), con la

estimulación, las respuestas, la creación de propios mensajes, la alimentación, el descanso, y en sí todo lo que significa su desarrollo. Estas relaciones tienen que ubicarse hábilmente en medio de un día pleno de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Hecho que, como hemos estado observando genera en mayor o menor medida ansiedad tanto en madres (o padres) como en bebés. Donde todos reaccionan en forma distinta, algunos con más tolerancia y menor impacto psíquico que otros. Klaus, (1972) subraya que existe sin duda una *paternidad de riesgo*, en el sentido de “síndrome de depresión hospitalaria parental o de la madre”, de la misma forma que existen *niños de riesgo*.

Pasemos ahora al análisis de este factor. En primer lugar podemos mencionar a Ángel y sus padres, que, gracias a la compañía y apoyo que se procuran, donde el padre da contención y sirve de *alter ego* a la madre, la depresión hospitalaria es poco visible. Sin embargo, consideramos que esta sí existe aunque en un bajo nivel, ya que se encuentran en un medio ajeno, con un hijo sometido a tratamientos y cirugías.

Por otra parte, está Paloma, en este caso hemos encontrado que se han adaptado bastante bien al clima y dinámica del Instituto, por lo que la depresión intrahospitalaria resulta poco evidente, en su caso, cabe señalar que el clima familiar que la madre vivía en su casa, resultaba, de acuerdo con sus palabras, ser sumamente agresivo, por lo que podemos considerar que la institución le servía, secundariamente, como un refugio.

En otro sentido están Luis y Abril, en ambos casos la hospitalización de los niños ha provocado profundos desequilibrios familiares, por lo cual las madres se han enfrentado a la disyuntiva entre atender y dedicar su tiempo al hijo enfermo en el Instituto, o atender las demandas del resto de la familia, incluyendo la de los otros hijos y los esposos (a diferencia de los dos casos anteriores, en que los niños son hijos únicos, tanto Luis como Abril tienen hermanos mayores, situación a la que se suma el caso de Jesús y que trataremos en mayor profundidad más adelante). Toda esta problemática se reagudiza por la descalificación y agresión de las familias políticas, (situación que también padece la madre de Paloma). Así encontramos que en los casos de Abril, y Luis, el internamiento ha resultado ser un importante factor de depresión tanto en las madres como en los niños.

En el caso de Ángela, descubrimos que la madre se encuentra inmersa en una profunda depresión, y son las enfermeras quienes atienden y fomentan la mayoría de las estimulaciones armoniosas que propician el desarrollo de la niña. En este caso el internamiento resulta ser verdaderamente estimulante (en el sentido amplio de la palabra) para la niña, mientras que para la madre resulta ser un factor más de depresión, colocándola en lo que hemos denominado una *maternidad de riesgo*.

Para terminar tenemos a Jesús, este resulta ser el caso más grave de *depresión hospitalaria* originada por la *depresión hospitalaria parental*, además se trata del paciente que ha permanecido casi, o mejor dicho, toda su vida en instituciones hospitalarias. Toda esta serie de situaciones incrementadas por la agresiva infección que padeció el niño, sumada al mal manejo médico, que desembocó en un excesivo número de intervenciones quirúrgicas que, lejos de ayudarlo, lo perjudicaron, ya que, además de no detener el proceso activo de la hidrocefalia, (la cabeza continuaba creciendo)

provocaron que el niño permaneciera gran parte del tiempo durmiendo o en un estado de somnolencia, con el cuerpo hipotónico y una marcada indiferencia para con el medio exterior.

Pero, también pudimos ser testigos, al final de las observaciones, de una importante recuperación, ya que, a partir de la erradicación de la infección, y la subsecuente noticia del egreso del Instituto, la madre varió considerablemente su actitud, tornándose mucho más activa, con lo cual la estimulación se volvió más afectiva y constante, a lo que el niño respondió con periodos más largos de vigilia y actividad, y una mejora anímica.

En otro sentido encontramos que los niños, a causa de su enfermedad, se encuentran sometidos a una agresión interna a través del daño físico, y externa por las implicaciones médicas que el tratamiento de la misma enfermedad le impone, viéndose obligados a someterse ante ambos. De esta forma, el cuerpo pasa de ser un instrumento de placer y autonomía como lo sería en condiciones normales, a ser un lugar de sufrimiento, objeto de dependencia y ocasión de pasividad. Del conjunto de modificaciones intra e interpersonales introducidas por la enfermedad, resulta la aparición de cambios de conducta, regresiones, detenciones en los procesos del desarrollo, y aislamiento e hipoactividad en las interacciones. Todas estas como resultado o formas de defensas ante las agresiones internas y externas, lo que resultó por demás evidente cuando en algunos casos, las madres dejaron de suministrar los cuidados adecuados. Ésta situación pone de relieve el hecho de que los cuidados con una buena calidad afectiva sirven de coraza protectora ante el dolor y sufrimiento infringido tanto desde adentro por la enfermedad, como desde afuera por los tratamientos.

Pasemos ahora al análisis de la *dinámica de los procesos lesionales*. En este sentido encontramos que cuando las madres se encontraban estables afectivamente y en armonía con los niños, sobre todo los casos de Paloma, Ángel, Abril y Luis, cubrían la estimulación y calidad de interacciones generaban las condiciones adecuadas para estimular a que el sistema nervioso central alcanzara un mayor desarrollo, ya que al ser en el niño un sistema en evolución, el pronóstico es mejor. Como nos lo indica Salbreux (1988), el modelo neurológico del adulto no es directamente aplicable al del infante, cuya economía neuropsíquica es mucho más plástica.

Las huellas de la enfermedad se encuentran, por lo tanto y en gran medida en función del entorno, ya que la estimulación y la reestimulación juegan un papel preponderante, y resultan en consecuencia, de fundamental importancia la idea que los padres se formen de la incapacidad del niño o de las posibilidades que su interacción y educación tengan en la modificación y superación de las secuelas de la enfermedad, tal como lo subraya Niederland (1965). La actitud comprensiva de una *madre suficientemente buena* que aporte un *holding* adecuado puede contribuir a que el defecto se atenúe, o bien, se asimile y elabore posteriormente de manera sublimatoria. Hecho que nos da un buen pronóstico en lo que se refiere a Paloma y Ángel; mientras que para los casos de Luis y Abril, la situación resulta ser más compleja, ya que se necesita que las madres reencuentren un equilibrio al interior de la familia, y con esto tengan la capacidad de proporcionar mejores interacciones. Por otra parte, está Jesús, donde se requería que su madre saliera de la depresión en que se encontraba, causada principalmente por la hospitalización del

niño y por la distancia con respecto al resto de la familia; pero, como mencionamos anteriormente, la noticia del egreso habrá mejorado el estado afectivo de la madre y por ende, del niño.

Finalmente, se encuentra Ángela. En este caso consideramos que la pobreza de las interacciones ya ha cobrado una importante cuota, no sólo en el sentido psíquico, sino también en el neurológico. Sin embargo, consideramos que si en el corto plazo, ya sea la madre o alguna otra persona que cumpla la función, estimule apropiadamente a la niña, ésta alcanzará a potencializar sus capacidades. Pero si esta condición no se cumple, el pronóstico de Ángela resulta ser sumamente sombrío.

Para terminar, podemos comentar que en todos los casos, el carácter dinámico de la maduración del sistema nervioso del niño, modifica la sintomatología por la que se manifiesta una lesión cerebral, e implica una amplia variabilidad en el cuadro clínico observable. Este es el resultado *de la interferencia entre los efectos del proceso orgánico y la marcha del desarrollo, de la interacción entre sus consecuencias funcionales, la experiencia vivida por el sujeto y las influencias del medio que lo rodea.* (Misès y Perron, 1988). Es así como incluso en los casos en que los factores orgánicos son innegables, (como es el caso de la hidrocefalia congénita), no juegan solamente un papel en el registro de maduración bajo el ángulo restringido de un disfuncionamiento neurobiológico, sino que conllevan también perturbaciones relacionales que originan distorsiones graves en las primeras estructuras interaccionales madre-bebé, como resulta ser, por ejemplo, el caso de Ángela. Se podrán observar sus efectos, en el proceso de individuación, en el acceso a la función simbólica, en síntesis, en la estructuración del aparato psíquico en su conjunto. Lo que nos ilustra una vez más, la profunda relación que existe entre los integrantes de la unidad narcisista o diada, y cómo cambios sutiles en uno de los protagonistas genera cambios en el otro, (como han resultado ser todos los casos de nuestro estudio), entrando en espirales dialécticas, ya sea hacia el desarrollo en el sentido más amplio, es decir tanto biológico como psicológico, o hacia el detenimiento de éste y la depresión de ambos protagonistas.

Pasemos ahora a analizar lo que hemos denominado, *las repercusiones psicológicas de la hidrocefalia congénita.* O'Brien Mark y Harris Mark (1993) señalan que a partir de las nuevas técnicas quirúrgicas con las que se han tratado a los niños que padecen hidrocefalia, el índice de mortandad ha disminuido y ha permitido realizar una serie de estudios a largo plazo de pacientes que padecieron esta enfermedad.

Resulta interesante destacar que, en lo referente a las intervenciones que a que han sido sometidos los pacientes de nuestro estudio, encontramos que en los seis casos, la cantidad de cirugías realizadas que se enfocan exclusivamente al padecimiento de la hidrocefalia, han resultado ser más de una, es decir, Paloma ha sido sometida a tres cirugías, Luis a cuatro, Ángela a una, Abril a cuatro, Jesús a ocho y Ángel a una, por lo que entre los seis pacientes suman un total de veintiún cirugías, es decir 3.5 cirugías por paciente lo que casi se corresponde con el estudio de Kokkonen y cols. donde encontramos un total de 3.67 cirugías por paciente. Sin embargo, si a estas veintiún cirugías les sumamos las realizadas por plastia de mielomeningocele y plastia de meningocele, encontramos que el

número se eleva a 25, es decir 4.1 cirugías por paciente directamente relacionadas con el sistema nervioso central, a las que habría que sumar las realizadas por malformación intestinal, prolapso rectal, y vejiga neurogénica, entre otras.

Por otra parte, encontramos que en los casos de nuestro estudio ya se encuentra controlada la PIC, gracias a la colocación del SDVP, aunque se han presentado complicaciones por causa de infecciones en los ventrículos y en el SDVP, por lo que ha tenido que ser retirado, así mismo encontramos que dos de los pacientes de la muestra (Abril y Paloma) presentaron crisis convulsivas secundarias, esto es el 33.33% del grupo, lo cual es 10% más alto que lo reportado por Kokkonen y cols, que fue del 23%.

Con respecto a desórdenes psiquiátricos, en 1981 un estudio australiano realizado por Connell y McConnell, reportó que de cada cuatro niños que nacían con hidrocefalia uno tenía grandes riesgos de padecer algún tipo de desorden psiquiátrico y marcados problemas de sociabilización. El desarrollo de esta serie de desórdenes fue atribuido a las actitudes de los padres con respecto de los niños, esto es, a la dificultad de los padres para comprender, aceptar y manejar las complicaciones neurológicas de sus hijos. Al comparar un grupo de niños con desórdenes con un grupo sin éstos (ambos grupos pacientes que padecieron hidrocefalia), no se encontró algún tipo de disfunción valvular, o diferencia en el nivel intelectual o físico, por lo que los desórdenes fueron atribuidos a la atmósfera familiar y a la actitud de los padres. Ya que los padres del primer grupo de niños mostraron tener dificultades en aceptar y manejar las restricciones impuestas al niño por la enfermedad. En este mismo sentido el estudio de señala que una alta incidencia de problemas psicológicos se deben a problemas familiares, por lo que la terapia de familia resulta ser la mejor opción para hacer la dinámica familiar más funcional y que el niño pueda desarrollarse de la mejor forma.

Al contrastar los estudios de Connell y McConnell (1981) y de O'Brien Mark y Harris Mark (*op. cit*), donde atribuía los desordenes psiquiátricos y los problemas de sociabilización con la actitud de los padres más que a factores orgánicos, con los datos encontrados en nuestra investigación, coincidimos con sus conclusiones, esto es, podemos atribuir a la relación e interacción de los padres con el niño, un importante elemento que generará en el futuro de los niños problemas como desorden psiquiátrico y marcados problemas de sociabilización, pero no sólo en el futuro, sino que desde ahora ya son visibles los mencionados problemas, esto es, en el caso de Ángela, ya encontramos marcadas detenciones y retrocesos del desarrollo, que afectan los aspectos afectivos, intelectuales, de socialización y motores, mientras que en el otro extremo se encuentran Ángel y Paloma quienes al disfrutar de una adecuada interacción con sus madres, las cuales han aceptado la enfermedad de los niños, adecuándose a sus capacidades, y procurando una interacción satisfactoria que los estimule, los niños han mostrado un buen desarrollo en los aspectos motores y relacionales, que arrojan un prometedor pronóstico sobre el ulterior desarrollo psíquico.

Por otra parte, en relación con *las repercusiones familiares y sociales del paciente con hidrocefalia congénita*, encontramos las investigaciones de Occhipinti, (1981), a las que se suman los estudios de Weissenfels y Hemmer (1981) y Kokkonen y cols. (1980),

donde se comenta que los pacientes operados por hidrocefalia no tuvieron problemas para integrarse a la sociedad, más de la mitad asistían a la preparatoria y el resto trabajaba en oficios, donde el 73% de los pacientes mostraron un C.I. normal. Estas investigaciones nos proporcionan un prometedor futuro para nuestros pacientes, siempre y cuando la estimulación de su desarrollo sea adecuada, esto es, los anteriores datos muestran que el desarrollo del C.I. y de la sociabilidad, cuando el daño directo generado por la hidrocefalia ha sido detenido mediante la colocación del SDVP oportunamente, dependen directamente de una adecuada interacción precoz, situación que sí se desarrolla en algunas de nuestros pacientes, como son los casos de Paloma y Ángel, o con grandes discontinuidades y quiebres como sucede con Luis y Abril, y finalmente en forma inadecuada, como se observa en los casos de Ángela y Jesús.

A partir del estudio de nuestros casos, encontramos que esta falta de capacidad para establecer relaciones sociales estrechas puede tener sus orígenes en los temores maternos, expresados como un sobrecuidado permanente, esto es, los cuidados que en un momento resultan indispensables para que el niño sobreviva y se desarrolle, en otro momento pueden inhibir posteriores etapas de éste mismo desarrollo, donde el niño requiere de poder gozar de una progresiva autonomía.

Después de haber realizado los anteriores análisis y discusiones, donde relacionamos los datos recabados a lo largo de las observaciones, con la experiencia y conocimientos aportadas por los diversos autores a los que hemos recurrido, consideramos que contamos con los elementos suficientes para poder generar las conclusiones finales.

## CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.

### 7.1 Conclusiones

Es tiempo de pasar a hilar las líneas de significantes que se desprenden del trabajo de investigación, asir el complejo entretejido del que todos formamos parte, la madre, con su mundo interno y las distintas fuerzas que la afectan desde el exterior; el niño, en sus diversas dimensiones, es decir, fantasmático, imaginario real y simbólico; y finalmente el investigador, con sus mirada y escucha permeadas por su experiencia, su formación teórica y su propio inconsciente que invariablemente se hace presente.

La lectura es vasta, y las dimensiones en las que se puede abordar el tema es múltiple y compleja, de esta forma, para alcanzar una comprensión de ciertos aspectos específicos de un evento, se seleccionan algunos aspectos relevantes, y se someten al análisis, con el fin de ofrecer una propuesta de explicación desde la perspectiva teórica que fue elegida de marco referencial. De esta forma, la aportación generada se suma a la diversidad de perspectivas, de puntos de vista y de concepciones sobre un mismo evento, ampliando infinitamente los horizontes, y permitiendo dar cuenta, de que ningún tema se encuentra acabado, ya que siempre existe la posibilidad de que una nueva visión arroje nueva luz sobre las sombras que irremediamente sobreviven al análisis generado desde cierta perspectiva.

En primera instancia, consideramos que el análisis de las interacciones precoces que observamos en este estudio, con base a las observaciones realizadas y que se describen en el capítulo 6, nos conduce a considerar que en el caso específico de la hidrocefalia congénita, esta patología impacta en todos los niveles la relación entre madre e hijo. Con lo cual, la construcción de *las relaciones objetales*, (y con esto del *yo*) y la represión primaria, (que funciona como límite entre el sistema consciente y el sistema inconsciente) es extremadamente dependiente, y por ende sensible a las interacciones precoces entre los lactantes y sus madres, así mismo, las diferencias cuantitativas y cualitativas de estas interacciones producen avances lentos, rápidos, detenimientos y hasta retrocesos en el desarrollo de la construcción de esta serie de elementos que en su conjunto denominamos *aparato psíquico*. Donde el equilibrio entre cuidados operatorios y afectivos, que escuchen y den respuesta adecuada a los mensajes y ritmos del niño resulta indispensable. Sin embargo, consideramos que a partir de lo observado, han mostrado un mayor peso las interacciones de carácter afectivo, (sin quitar mérito a los cuidados operatorios que son básicos), con lo que llegamos a la conclusión de que el aparato psíquico de los niños se constituye y alimenta en su desarrollo más de aquél aspecto de las interacciones que de la parte operativa.

También pudimos constatar que los niños tienen la capacidad para “recuperarse” o superar los quiebres en las interacciones que introducen sus madres, siempre y cuando estos no presenten una temporalidad tan amplia que alcancen repercusiones insalvables. Cabe aclarar que al referirnos a una temporalidad tan amplia, resulta complicado especificar un rango, ya que esto depende de la calidad de las interacciones que se vieron interrumpidas y de la edad del niño, además de su sensibilidad para con estos quiebres, y su capacidad para superarlos.

Por otra parte, en lo que se refiere al aspecto fantasmático encontramos dos elementos principales, el primero tiene que ver con la gravedad de la enfermedad que padece, y el segundo con el aspecto directamente relacionado con la significación que la cabeza, su tamaño y deformidad tiene como centro donde convergen las fantasías conscientes e inconscientes de la madre. Un espacio hiper-significado por sus diversos conflictos, ya que es la presencia de lo real y no simbolizable. Un verdadero *agujero* carente de todo tipo de libidinización; dejando con esto la inscripción de un *espacio obscuro* sobre la superficie corporal del niño, lo que a la postre repercutirá en la estructura del *yo corporal* del mismo. El caso de Luis, nos ilustra cómo, al tener el niño una cabeza de tamaño normal, se observaron cuidados de orden afectivo (aunque en forma esporádica), lo que nos conduce a confirmar que la imagen desproporcionada de la cabeza, observada en el resto de los pacientes del estudio, tiene grandes implicaciones al interior de las interacciones, dado que es la evidencia física, observable e ineludible de la enfermedad.

***Es así, como podemos señalar que la cabeza ha resultado ser el lugar más cuidado en lo operativo y más descuidado en lo afectivo; es el espacio en donde lo siniestro de la fantasmática materna encuentra su punto de emplazamiento sobre la superficie corporal del hijo enfermo de hidrocefalia.***

En lo que se refiere a los procesos lesionales, encontramos que en todos los casos, el carácter dinámico de la maduración del sistema nervioso del niño, modifica la sintomatología por la que se manifiesta una afección cerebral, e implica una amplia variabilidad en el cuadro clínico observable. Este es el resultado de la interferencia entre los efectos del proceso orgánico y la marcha del desarrollo, de la interacción entre sus consecuencias funcionales, la experiencia vivida por el sujeto y las influencias del medio que lo rodea. Por lo que una adecuada interacción precoz, situación que se desarrolla en algunos de nuestros pacientes, como son los casos de Paloma y Angel, o con grandes discontinuidades y quiebres, como ocurre con Luis y Abril y Jesús y finalmente en forma inadecuada como se observa con Angela, resulta ser un factor de suma importancia en el desarrollo del sistema nervioso central, y por ende en el desarrollo del aparato psíquico en su conjunto.

En lo referente al curso del tratamiento, mejora de la enfermedad y disminución y/o desaparición de la infección cuando se presenta, encontramos que se desarrolla una íntima relación entre las interacciones precoces, los estados afectivos, el sistema nervioso de los niños y su sistema inmunológico.

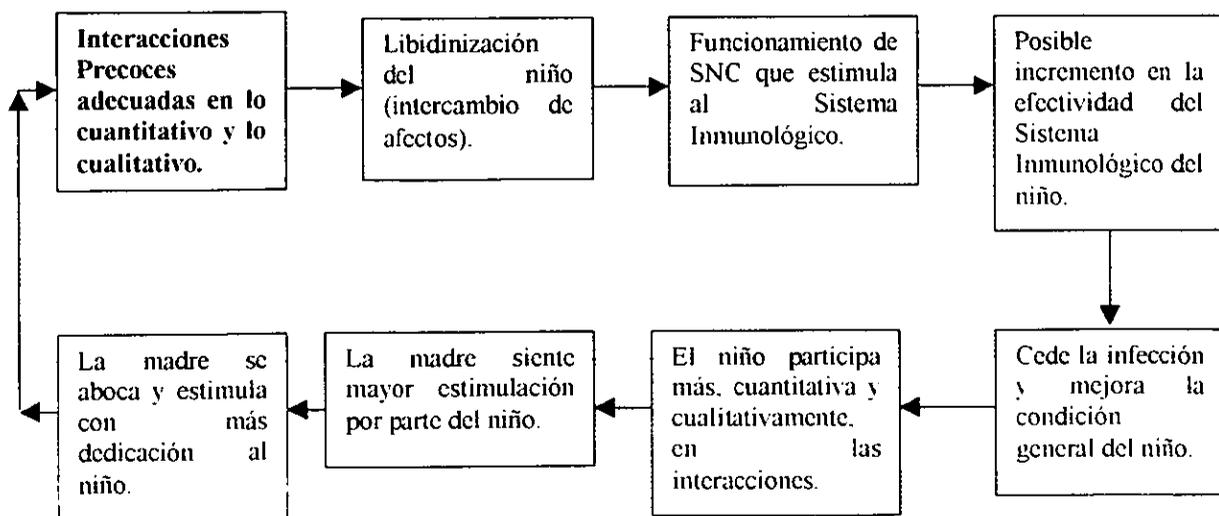
Por otra parte, durante la investigación hemos podido encontrar, así mismo, la siguiente serie de rasgos que se repiten constantemente en todos los integrantes de nuestro estudio:

- ✓ Falta de información con respecto a lo que es la enfermedad, su procedencia, su dinámica, sus consecuencias y secuelas, su tratamiento y su conclusión.
- ✓ Una verdadera clausura del futuro: los planes, deseos y expectativas quedan anulados totalmente, el futuro queda como un vacío.

- ✓ Un punto de suma importancia que nos ha sido posible observar, es el hecho de que: a mayor depresión de la madre, menor es su estimulación (sobre todo de carácter afectivo) sobre el lactante, generando en este último una marcada inclinación por permanecer en estados de somnolencia o de sueño, además de presentar depresión e irritabilidad.
- ✓ También podemos señalar que es posible observar en forma extraordinariamente nítida, como, por una parte, el estado somnoliento, adormilado y deprimido del bebé, influye en la madre, en forma negativa, ya que ésta se deprime, y deja de estimular al niño, pasando a un estado pasivo-deprimido, o se distrae con los eventos que suceden a su alrededor, también se expresa en una falta de presencia, esto es, deja de asistir al instituto o llega tarde y se va temprano argumentando diversos motivos.
- ✓ Por otra parte el que el bebé responda a sus cuidados, con ciertas reacciones y actitudes, impulsa a la madre a redoblar esfuerzos y estimular continuamente al niño.
- ✓ Como podemos observar, gran parte de los presupuestos que planteamos en el marco teórico se cumplen en los casos del estudio, además, cómo hemos venido analizando, en el sistema creado por la madre y el bebé, donde las interacciones van en ambos sentidos, se genera una espiral, ya sea de desarrollo, o por el contrario, de pasividad y decrecimiento.

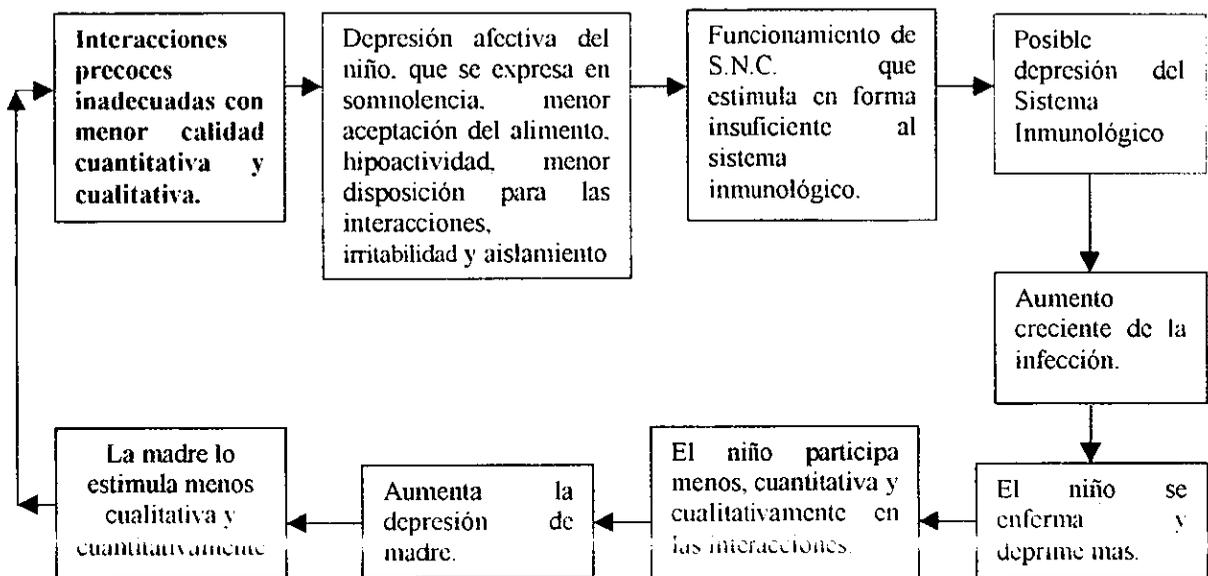
A partir del análisis de los datos recogidos, podemos considerar el siguiente esquema, que nos muestra cómo la enfermedad impacta directamente la calidad y cantidad de las interacciones, y cómo éstas, a su vez, influyen en forma importante, tanto en la evolución de la enfermedad y su tratamiento, como en el desarrollo de la estructura, tanto psíquica como del sistema nervioso de los niños, eventos que se observan claramente en las conductas, evolución, detenimiento o retroceso del desarrollo psico-motor y relacional.

#### Espiral de la interacción en forma positiva:



También podemos mencionar que fuimos testigos de la importante sensibilidad de los niños para con los cambios de estado de ánimo de sus madres, lo que se transmitía a partir de quiebres, discontinuidades, cambios de tono de voz, de postura, falta de caricias y besos, es decir, de calidad en las interacciones, reduciendo considerablemente los aspectos afectivos y dejando como constante única los cuidados operatorios.

### En forma negativa.



Cuadro 18

En otro sentido, pudimos ubicar líneas o aspectos generales en todos los casos del estudio, como la mencionada hipersensibilidad de los niños para con las variaciones de interacción que sus madres les proporcionan, sobre todo en el aspecto afectivo. También pudimos ubicar aspectos muy específicos para cada uno de los casos, lo que nos señala la existencia de sutilezas y elementos únicos para cada diada, alcanzando con estos datos, un importante enriquecimiento del estudio.

Consideramos que la perspectiva que nos permitió observar tales elementos característicos fue justamente el lugar desde el que miramos, escuchamos y pensamos, es decir, el psicoanálisis, ya que esta teoría considera los eventos como producto de partes constitutivas de una estructura, y cada estructura como un elemento único que cuenta tanto con factores universales como con factores extremadamente particulares, mismos que se entrelazan dentro de un sistema único de funcionamiento, que se puede y debe analizar desde las dos dimensiones, es decir, la que se enfoca a las características universales y la que se enfoca a las características particulares, lo que nos permite alcanzar un entendimiento más completo e integral del objeto de estudio, en este caso las interacciones de la diada dentro del ambiente hospitalario.

Un punto que no podemos dejar de mencionar es la incidencia de los factores hospitalarios y terapéuticos en el desarrollo de las interacciones precoces, y mientras que en unas de las madres, se observaron menores efectos de esta situación, en otras provocó importantes repercusiones, que a su vez se transmitieron a los niños mediante las interacciones, generando a la postre efectos desfavorables en el desarrollo de los mismos niños.

Así mismo, como un factor indirecto que incidió en el curso de las interacciones observadas, fue el introducido por las familias, es decir, los padres, los otros hijos y las familias políticas de las madres, que en todos los casos (a excepción del de Ángel) resultaron ser elemento que introdujo complicaciones, discontinuidades, y depresión, afectando las interacciones en todas sus dimensiones, calidades, cualidades y cantidades.

Para terminar consideramos que esta serie de conclusiones apuntan a desentrañar las íntimas relaciones y los procesos mediante los cuales, afectos y emociones han demostrado tener un papel central en el curso y desenvolvimiento, de los procesos orgánicos que en el pasado se consideraban independientes y autónomos. Pensamos que esta serie de hallazgos nos proporcionan una concepción de la condición humana más completa y estructural, donde cada parte está invariable e íntimamente relacionada con todas las demás, y la falta de desarrollo o afectación en la condición de una, incide sobre todas las demás en forma por demás contundente. Como complemento a las conclusiones previamente señaladas, pasaremos a exponer un cuadro donde se realiza un pronóstico de cada uno de los pacientes.

## ***7.2 Cédula de Integración.***

En la presente cédula se comenta el pronóstico de cada uno de los pacientes, éste pronóstico se divide en tres secciones, la primera se corresponde con el aspecto médico, la segunda se enfoca al aspecto psicológico y la tercera es la resultante o integración de las dos anteriores, donde cabe señalar que el pronóstico de cada una repercute en forma importante en la otra.

Así mismo, comentamos brevemente los datos referentes a la evolución de los pacientes encontrados en sus expedientes, después de haber sido dados de alta del INP, con lo que confirmamos o no nuestro pronóstico.

## Cédula de Integración

	<b>Ángela</b>	<b>Abril</b>	<b>Luis</b>	<b>Angel</b>	<b>Jesús</b>	<b>Paloma</b>
<b>Pronóstico médico</b>	Favorable	Desfavorable	Desfavorable	Favorable	Favorable	Favorable
<b>Explicación</b>	No presenta infección y el SDVP trabaja en forma adecuada	Presenta una fuerte infección, no tiene SDVP por esta causa	Presenta una fuerte infección, no tiene SDVP por esta causa	No presenta infección y el SDVP trabaja en forma adecuada	No presenta infección y el SDVP trabaja en forma adecuada	No presenta infección y el SDVP trabaja en forma adecuada
<b>Pronóstico psicológico</b>	Desfavorable	Indeterminado	Indeterminado	Favorable	Indeterminado	Favorable
<b>Explicación</b>	Las interacciones son inadecuadas en los aspectos afectivo y operativo, así como en lo cuantitativo y en lo cualitativo.	Las interacciones son fluctuantes y con discontinuidades en los aspectos afectivo y operativo, en lo cuantitativo es inconstante y en lo cualitativo es adecuado, cuando se desarrolla.	Las interacciones son fluctuantes y con discontinuidades en los aspectos afectivo y operativo, en lo cuantitativo es inconstante y en lo cualitativo es adecuado, cuando se desarrolla.	Las interacciones son adecuadas en los aspectos afectivo y operativo, así como en lo cuantitativo y en lo cualitativo.	Las interacciones han sido inadecuadas en el aspecto afectivo, y adecuadas en lo operativo, sin embargo con la noticia del egreso del niño, la madre cambió drásticamente, haciendo su interacción mucho más afectiva.	Las interacciones son adecuadas en los aspectos afectivo y operativo, así como en lo cuantitativo y en lo cualitativo.
<b>Pronóstico integrado</b>	<b>Desfavorable</b>	<b>Desfavorable</b>	<b>Desfavorable</b>	<b>Favorable</b>	<b>Favorable</b>	<b>Favorable</b>
<b>Explicación</b>	A pesar del buen pronóstico médico, la mala calidad de las interacciones generan un sombrío pronóstico en el desarrollo del aparato psíquico de la niña.	Debido a la suma del mal pronóstico médico, con el pronóstico psicológico indeterminado por las discontinuidades en los cuidados, el pronóstico general es malo. <sup>1</sup>	Debido a la suma del mal pronóstico médico, con el indeterminado pronóstico psicológico por las discontinuidades en los cuidados, el pronóstico general es malo.	La suma del buen pronóstico médico, con las adecuadas interacciones precoces, arrojan buenas expectativas sobre el futuro desarrollo general del niño <sup>2</sup> .	La suma del buen pronóstico médico, con las interacciones precoces en mejoría a partir de la noticia del egreso del niño y con esto la disminución de la depresión de la madre, arrojan expectativas favorables sobre el futuro desarrollo del aparato psíquico del niño <sup>3</sup> .	La suma del buen pronóstico médico, con las adecuadas interacciones precoces, arrojan buenas expectativas sobre el futuro desarrollo general de la niña.

Cuadro 19

<sup>1</sup> A pesar de la evolución favorable que mostró en ambos aspectos semanas después de ser egresada.

<sup>2</sup> Al respecto podemos comentar que ocho semanas después del egreso del niño, sus padres lo trajeron a la consulta externa, donde pudimos testificar que ha generado importantes avances en los aspectos relacional y psico-motor, ya muestra sonrisa social bien definida, moviliza y tiene prensión fina en las extremidades superiores, está reactivo, y no tiene indicios de infección o de disfunción del SDVP.

<sup>3</sup> Si la madre alcanza finalmente a superar la depresión intrahospitalaria que manifestaba, y que a su egreso parecía estar desapareciendo, mejorando con esto la calidad afectiva de las interacciones, el pronóstico se presenta sumamente favorable.

### 7.3 Datos complementarios

Durante Marzo de 2000, es decir, a siete meses del final de las observaciones (que concluyeron en Agosto de 1999), acudimos al archivo del INP, con el fin de consultar los expedientes de los pacientes de nuestro estudio y ubicar la evolución que han mostrado, de tal forma que pudimos recabar los siguientes datos:

#### Caso 1: Ángela.

Su última nota registrada en el expediente data de Noviembre de 1999, ésta fue realizada por la consulta externa de Neurocirugía, en la nota se refiere la paciente con retraso psico-motor severo, aunque se le observa más reactiva y despierta, así mismo se encuentra que no tiene notas de seguimiento por parte de ningún otro servicio.

Es así como descubrimos que su última consulta fue hace bastante tiempo, lo cual indica que, está asistiendo a otra unidad médica, o su madre ha decidido no darle seguimiento a su tratamiento, consideramos que si es la segunda situación la que prevalece, esto es indicio de que la madre continúa con su actitud de abandono e indiferencia con respecto a la niña y su enfermedad.

Así mismo, consideramos que el dato que refiere el severo retraso psico-motor en que la niña se encuentra, confirma nuestro pronóstico, sobre todo en el aspecto psicológico, ya que pensamos que este retraso tiene como una de sus principales causas, la falta de estimulación surgida de interacciones inadecuadas con la madre, las cuales ya eran por demás evidentes durante las observaciones, con lo cual se confirma el pronóstico desfavorable.

#### Caso 2: Abril.

En el expediente se reporta que acude a la consulta externa de Neurocirugía en Marzo de 2000, se comenta que la niña se encuentra sin presencia de fiebre o crisis convulsivas, neurológicamente sin cambios y con daño severo, sigue valoración por Cirugía general, Urología y Neurocirugía.

Encontramos que a diferencia del caso anterior, la madre de Abril mantiene una asistencia periódica al INP, para que la niña sea atendida por los distintos servicios del instituto. Podemos señalar que en el sentido médico la niña ha mostrado ciertas mejora, puesto que como se recordará, al ser dada de alta del instituto presentaba indicios de tener una fuerte infección, por lo que el caso de Abril resulta atípico en el sentido médico, ya que para la infección que padecía era de esperarse que la niña se deteriorara rápidamente al ser egresada del Instituto. Así mismo, consideramos que desde la perspectiva psicológica es un caso relevante, ya que la niña continúa con vida y la infección ha cedido, consideramos que en gran parte se ha debido al cambio de ambiente, y con esto de la calidad de interacciones, tanto cualitativa como cuantitativamente, sin embargo su pronóstico continúa siendo de indeterminado a malo.

### Caso 3: Luis.

En el expediente se reporta que acude a rehabilitación en Febrero de 2000, donde se menciona que no presenta lenguaje, no usa las manos, no sigue objetos con la vista, además de presentar hipotonía en miembros inferiores. Así mismo se señala que continúa valoración por Salud Mental, Rehabilitación, Neurocirugía y Gastroenterología.

Al respecto, podemos comentar que el caso de Luis continúa siendo sumamente complicado desde la perspectiva médica, ya que los padecimientos que muestra son múltiples y complejos, por otra parte, y desde la perspectiva psicológica, consideramos que a pesar de que ya se encuentra en casa, con lo que se esperaba que el cambio de ambiente produjera una mejora sustancial en la calidad cuantitativa y cualitativa de las interacciones, las cosas parecen no haber resultado así, ya que el niño presenta un déficit en el desarrollo psico-motor cada vez mayor. Con lo que se confirma el pronóstico malo o desfavorable que realizamos al final de las observaciones.

### Caso 4: Ángel.

En el expediente se reporta que acude al servicio de Neurocirugía en Febrero de 2000, donde se refieren los siguientes datos: actualmente empieza a movilizar las piernas, se encuentra sumamente reactivo y presenta sonrisa social. Finalmente se señala que continúa control por la consulta externa de Neurocirugía y Urología.

A partir de los anteriores datos, encontramos que Ángel prosigue con su desarrollo, a pesar del déficit psico-motor que muestra, y que ya pronosticábamos como una importante secuela desde que fue egresado del Instituto. Sin embargo, podemos comentar que consideramos que su desarrollo ha resultado ser bastante bueno dentro de lo que cabe, gracias, según nuestra perspectiva, a las adecuadas y estimulantes interacciones que tiene con sus padres. Finalmente, podemos señalar que nuestro pronóstico favorable se confirmó.

### Caso 5: Jesús.

En el expediente encontramos que no se reportan notas por parte de la consulta externa del servicio de Neurocirugía, y la única nota encontrada es por parte del servicio de Cirugía General en Noviembre de 1999, donde se refiere que el niño manifiesta sensibilidad disminuida en miembros inferiores y superiores.

Resulta lamentable que la madre de Jesús ya no lo haya traído al Instituto, puesto que no nos es posible conocer su evolución y estado actual, consideramos que no regresaron al INP debido a las implicaciones afectivas que las unidades hospitalarias tienen para la madre, donde podríamos hablar de cierta fobia, situación a la que se suma a el que vivan en un lugar distante, en el interior de la república, por lo que el INP les queda bastante retirado (aunque un importante número de nuestros pacientes vienen de lugares aún más distantes).

#### Caso 6: Paloma.

La nota de consulta externa del servicio de Neurocirugía data de Febrero de 2000, en ésta se reporta que la niña ha mejorado considerablemente en cuanto a su movilidad corporal, aunque no sostiene la cabeza y no cuenta con prensión fina. Además presenta sonrisa social, finalmente se señala que convulsiona dos veces por día según lo reporta la madre, por lo que se le cambia la dosificación de medicamentos y se hace una nueva cita para continuar con el seguimiento.

En el caso de Paloma, podemos considerar que se confirma nuestro pronóstico, ya que la niña ha evolucionado en forma favorable, por supuesto con las reservas necesarias, dado que, la hidrocefalia y la infección han dejado importantes secuelas que se expresan en las deficiencias de las capacidades psico-motoras de la niña. Sin embargo, pensamos que la adecuada calidad de las interacciones que, al parecer mantienen continuidad, podrá seguir generando, con el tiempo y la rehabilitación, un progresivo, aunque limitado, desarrollo de la niña.

#### **7.4 Recomendaciones y Propuestas de trabajo.**

En el presente capítulo, se realizan las sugerencias tanto en el sentido de posibles líneas de investigación posteriores, como de intervención terapéutica, que la experiencia aportada por la investigación nos dejó, y que se suma a la experiencia que hemos obtenido a lo largo del tiempo que llevamos laborando en el instituto.

##### **7.4.1 Sugerencias para posteriores estudios:**

A partir de la experiencia obtenida en el desarrollo de la presente tesis consideramos que podemos aportar los siguientes elementos que consideramos pueden resultar de utilidad, para posteriores investigadores que se interesen en este tipo de estudios.

De esta forma, enumeramos los siguientes puntos:

1. Sería conveniente que fuese un equipo de investigadores los que realizaran el registro de las observaciones, el análisis de los datos y la elaboración de las conclusiones, con el fin de que contrastaran sus propuestas, alcanzando con esto un enriquecimiento del trabajo, consolidando apreciaciones y verificando coincidencias.
2. En subsecuentes estudios de esta misma índole, podrían realizarse mayor cantidad de pruebas de desarrollo psico-motor, con el fin de contar con más elementos adicionales de evaluación.

##### **7.4.2 Propuesta de futuras líneas de investigación:**

A partir de los datos obtenidos en la presente investigación, descubrimos la íntima relación que existe entre las interacciones precoces y el curso de las enfermedades, es decir, cuando observamos que las interacciones precoces tenían una armonía y eran adecuadas en todos los sentidos, la mejora del niño no se centraba únicamente en los aspectos psicológicos, sino que se extendía a los aspectos físicos, es decir, se registró de una sustancial mejora en los aspectos médicos, obteniéndose una mejor respuesta a los tratamientos, ya que las infecciones del sistema nervioso central, como es el caso de la ventriculitis, cedían a los antibióticos en forma más rápida y eficiente, que cuando las interacciones eran inadecuadas.

Por este motivo, podemos proponer líneas de investigación interdisciplinarias que se centren exclusivamente en la relación entre los aspectos cualitativos y cuantitativos de las interacciones precoces y el curso de la enfermedad. Es decir, tanto para la hidrocefalia congénita, como para otro tipo de hidrocefalias, y padecimientos del sistema nervioso central, se puede investigar la relación entre las interacciones precoces en esta serie de pacientes y el curso clínico de su mejora, con la intervención de psicoterapia en las madres, donde la psicoterapia tendría como fin la mejora de las interacciones precoces, tornándolas más adecuadas y estimulantes sobre todo en el aspecto afectivo, verificando la respuesta somática del paciente, como es la respuesta del sistema inmunológico.

Otra posible línea de trabajo es el estudio de pacientes adolescentes y adultos, que hayan padecido hidrocefalia congénita, el objetivo de este estudio, podrían ser entre otros, el conocer y analizar diversos aspectos del psiquismo, cómo se desarrolla la dinámica de sus diferentes mecanismos intra e intersubjetivos, así como la estructura de éstos últimos. También se podría explorar la dinámica de las relaciones familiares, y si han pasado a ser, o no, el síntoma de la familia, con los mencionados beneficios secundarios y terciarios.

#### *7.4.3 Propuesta de abordaje clínico:*

En los padecimientos graves del sistema nervioso central, como es el caso de la hidrocefalia congénita, en que son sumamente posibles los trastornos motores, sensoriales y la comicialidad, (expresada mediante un cuadro clínico deficitario, o en un desarrollo disarmónico más o menos movilizable) consideramos, al igual que Salbreux (1988), que el papel del entorno, es decir de la madre, resulta ser de fundamental importancia para promover una adecuada evolución, o por el contrario, presentarse como un poderoso obstáculo. Por tales razones, pensamos que un trabajo psicoterapéutico temprano con la madre, (o ambos padres) en el momento en que se diagnostica la enfermedad, junto con una fisioterapia muy especializada que permita evitar las deformaciones ortopédicas del niño, además de la colocación del SDVP oportuna, y con esto controlar la creciente presión intracraneal, puede resultar ser una intervención del equipo interdisciplinario sumamente adecuada tanto para el paciente como para su madre.

Cuando los equipos de trabajo tienen una sola perspectiva, o están constituidos por profesionales pertenecientes a una sola disciplina, las aportaciones generadas por el trabajo interdisciplinario quedan anuladas, y peor aún, la asistencia al pequeño paciente y a su familia queda radicalmente sesgada. Al respecto, pensamos junto con Kreisler (op. cit.), que “la dinámica de la medicina somática implica necesidades que organizan hábitos intelectuales. Comprometida por su vocación con la realidad corporal, la pediatría tiene una marcada tendencia a otorgar primacía (y casi exclusividad) a la organogénesis.

Dentro de este mismo orden de ideas, y en relación directa con la patología (orgánica y psicológica) que nos compete en esta tesis, Misés (op. cit.) apunta que las encefalopatías, sea cual fuere su etiología, congénita o adquirida, exigen el conocimiento pediátrico. Pero el psicólogo está mejor capacitado para percibir los aspectos evolutivos, disarmónicos del retraso, introducidos por la dimensión relacional, como en múltiples y variados puntos de la investigación hemos podido constatar.

De esta forma, podemos sugerir que un abordaje interdisciplinario que tenga como principales ramas la neurocirugía y el psicoanálisis, (apoyadas por otras disciplinas médicas y psicológicas) articuladas en forma funcional y dinámica, teniendo como su centro de atención al lactante y a su madre, lograrán promover una asistencia más completa, donde se preste oídos al paciente en la totalidad de las dimensiones en las que se comunica, es decir, sus síntomas orgánicos y sus mensajes traducidos, permeados, modificados y hasta determinados, por el resto de la íntima estructura a al que pertenece, es decir, su madre.

Es así como, a partir de la experiencia generada durante la elaboración de esta tesis, y respaldada por casi cuatro años de asistencia en el INP, podemos hacer una recomendación

que se integra a partir de dos aspectos o vertientes que se complementan, una de **carácter analítico teórico**, y la otra de **carácter práctico**, para subsecuentes investigaciones y para quien trate clínicamente a este tipo de pacientes, tales como:

En lo referente al carácter analítico teórico se sugiere que:

- El trabajo que realice el psicólogo en relación con las interacciones precoces de pacientes con hidrocefalia congénita, (y que se puede extender a otras cefalopatías, ya sean neuroquirúrgicas o no), será proporcionando en primera instancia una contención al *yo* materno, mediante la asistencia de un *alter ego*, además de promover un verdadero acercamiento psicoterapéutico a las interacciones precoces madre-lactante, mediante señalamientos e interpretaciones que promuevan un intercambio más adecuado entre ambos.
- Consideramos, también, de suma importancia que el cuerpo asistencial en su conjunto, (Neurocirujanos, enfermeras y los mismos Psicólogos o Psicoanalistas) cuente con una asistencia psicológica que les permita identificar y analizar los afectos que se generan y remueven (narcisismo, fantasmas, conflictos *yoicos*, formaciones del inconsciente) al tratar tanto con este tipo de padecimientos como con otros que se tratan en los diversos servicios del Instituto, y donde se desarrollan situaciones por demás dolorosas como sería por ejemplo el fallecimiento de algunos pacientes, donde quedan reactualizadas y resignificadas vivencias pasadas como duelos personales, o se generan sentimientos de culpa, ansiedad y depresión entre otros.

Finalmente, las recomendaciones de carácter práctico circulan alrededor de los siguientes puntos:

- Realizar sesiones de trabajo interdisciplinarias donde se expongan todos los aspectos y factores que están influyendo en la evolución de los pacientes, considerando como uno de los factores fundamentales de esta evolución, el estado afectivo de la madre.
- Promover en el cuerpo asistencial una mayor sensibilización sobre los sentimientos que tienen los padres ante la presencia de un hijo enfermo.

Finalmente, podemos comentar que los resultados de nuestra investigación puede alcanzar una aplicación indirecta sobre otra población importante de pacientes de este mismo departamento, ya que estos niños tienen padecimientos similares con la hidrocefalia congénita en numerosos aspectos, padecimientos que van desde otros tipos de hidrocefalia como la macrocefalia y hasta el mielomielingocele, ya que también en estos casos la enfermedad se inscribe de manera visible en la imagen física del bebé, es decir en su superficie corporal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alby N. y Alby J.M. (1971): *L'intervention psychologique dans un centre de recherche et de traitement hematologique*. Paris:Psychiatr Enfant
- Amacher A. y Wellington J. (1984): *Infantile hydrocephalus: Long term results of surgical therapy*. Child's Brain.
- Anzicu D. (1974): *Le moi-peau*. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 9. Paris.
- Bartens S., Birns B. y Ronch J. (1971): *Individual differences in the visual pursuit behavior of neonates*. Child Dev.
- Bergman P. y Escalona S. (1949): *Unusual sensitivities in a very young child*. The Psychoanalytic Study of the Child, 3.4.
- Bertalanffy L. von (1973): *Théorie générale des systèmes*. cd. Dunod. Paris.
- Bernard Brusset (1988): *Entrevista familiar y Anamnesis*. en Lebovici S., Diatkine r Soulé M.. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomos II, IV y V. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Béckci M. (1981): *Niños con enfermedades crónicas*. en Feldfogel D. y Zimerman A., *El psiquismo del niño enfermo orgánico*. cd. Paidós. Buenos Aires.
- Bibring G.C. y Cols. (1961): *A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship*: I. Some propositions and comments: II. Methodological considerations. The Psychoanalytic Study of the Child, 16.
- Birns B., Blank M. y Bridger W.H. (1966): *The effectiveness of various soothings techniques on human neonates*. Psychosomatic Medicine, 28.
- Bleichmar S. (1986): *En los orígenes del sujeto psíquico*. Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Bourguignon. A. (1981): *Fondement neurobiologique pour une théorie de la psychopathologie: Un nouveau modele*. *Psychiatrie de l'Enfant*, 24 (2).
- Bower T.G.R., Dunkeld J. y Wishart J.G. (1979): *Infant perception of visuallly presented objects*. Science.
- Bradley R.M. y Mistretta C.M. (1975): *Fetal sensory receptors*. *Physiological Review*, 55.
- Brazelton T.B., Scholl M.L. y Robey J.S. (1966): *Visual responses in the newborn pediatrics*.
- Brazelton T.B., Koslowiski B., Main M. (1974): *The origins of reciprocity in mother-infant interaction*. en *The effect of the infant on its caregiver*. Lewis M., Rosenblum L.A., ed., New York.
- Brazelton T.B. (1980): *Neonatal assessment*. en S. I. Greenspan y G. H. Pollock, eds. *The course of life*, vol. I. Infancy and early childhood. US Department of Health and Human Services. DHHS Publication n° (ADM).
- Brazelton T.B. (1982): *Le bébé: partenaire dans l'interaction*. en *La dynamique du nourrisson*. Paris: ESF.
- Brenner C. (1974): *On the nature and development of affects unified theory*. *Psychoanalytic quarterly*, 43.
- Bresson P. (1982): *Développement moteur et organisation de l'espace*. *Naissance du Cerveau*. Monaco. (4).

Bridger W.H. (1961): *Sensory habituation and discrimination in the human neonate*, American Journal of Psychiatry, (117).

Brown J. y McLone D. (1981): *The effect of complications on intellectual function in 167 children with myelomeningocele*, Z Kinderchir.

Bruce O. Berg (1987) :*Manual de neurología pediátrica*. Ed. El manual moderno, S.A. de C.V. México D.F.

Bruner J., *Development of language* (1982), en E. Galenson y J. Call, eds., New frontiers in infant psychiatry, Nueva York: Basic Books.

Burlingham D. (1965): *Some problems of the mental life of children*, Psychoanal. Study Child. 7.

Butler, McLone (1993): *Hydrocephalus, Neurosurgery Clinics of North America*, ed. W.B. SAUNDERS COMPANY, U.S.A., 4.

Carrel A. (1974): *Périnatalité psychique. Surveillance neuropsychique des "nouveau-nés a risques". A propos de 25 cas de détresse respiratoire idiopathique traités par ventilation assistée*. Th Méd. Lion.

Changeux J.P. y Danchin A. (1974): *Apprendre par stabilisation sélective de synapses en cours de développement*. In Morin E. Piatelli-Palmarini M, eds. L'unité de homme. Invariants biologiques et universaux cultures. Paris: scuil.

Coleman, R., Kris, E. y Provence, S. (1953): *Study of variation of early parental attitudes*, Psychoanal. Study Child. 8.

Connell H. y McConnell T. (1981) *Psychiatric sequelae in children treated operatively for hydrocephalus*. Dev. Med. Child Neurol.

Cowie U. (1980): *Injury and insult, Considerations on the neuropathological aetiology of mental subnormality*. Brit J Psychiatr.

Cramer B.(1982) : *La psychiatrie du bébé, la dynamique du nourrisson*, Paris : ESF.

Cukier-Mémeury, F. Lézine I. y Ajuriaguerra (1979) : *Les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares*, Psychiatrie de l'Enfant, 22 (2).

Darwin C. (1965) : *The expression of the emotions in man and animals (1872)*, Chicago : University of Chicago Press.

Deutsch F. (1939): *The associative anamnesis*, Psychoanal Quartely, tomo 8.

Deutsch H. (1925). *La Psychologie de la femme en relation avec les fonctions de reproduction*, La Psychanalyse, Paris : PUF, 1962.

Deutsch, H. (1925): *La Psychanalyse*, Paris: PUF.

Dobbing J. (1968): *Vulnerable periods in developing brain.*, en Davison J. Dobbing J. eds. Applied neurochemistry, Oxford, Blackwell scientific Publ.

Dor J. (1989): *El padre y su función en psicoanálisis*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

Dor J. (1985): *Introducción a la lectura de Lacan*, ed. Gedisa, España.

- Eimas P.D., Siqueland E.R., Jusczyk P. y Vigorito J. (1971): *Speech perception in infants*. Science, 171.
- Emde R.N. (1980): *Toward a psychoanalytic theory of affect*. II: Emerging models of emotional development in infancy. en S.I. Greenspan y G.H. Pollock, eds.. The course of life. vol. 1: Infancy and early childhood. US Department of Health and Human Services. publicación n° (ADM) 80-786.
- Emde R.N., Gaensbauer T.J. y Harmon R.J. (1975): *Emotional expression in infancy*. A biobehavioral study. Psychological Issues, Monographs series, vol. 10, n° 37. Nueva York: International Universities Press. 1976; Ekman P. y Freisen W., *Unmasking the face*, Englewood Cliffs: Prentice hall.
- Engen T, Lipsitt L.P., Kaye H. (1969): *Olfactory responses and adaptation in human neonate*. J Comp Physiol.
- Engen T, Lipsitt L.P. (1965): *Decrement and recovery of responses to olfactory stimuli in the human neonate*, Journal of Comparative and Physiological Psychology, 59.
- Ekman P. (1980) : *L'expression des émotions*, La Recherche, 11.
- Fantz R.L. (1963): *Pattern vision in newborn infants*. Science.
- Feldfogel D. y Zimmerman. (1981): *El psiquismo del niño enfermo orgánico*. Ed. Paidós, biblioteca de psicología profunda, buenos Aires.
- Ferenczi S. (1968): *Über akute und Psychoneurosen*, 1908; en francés, *Transfert et introjection, y Le concept d'introjection* 1912 en *Oeuvres complètes, Psychanalyse*, Paris: Payot, 1.
- Freud S. (1996): *Obras Completas*, ed. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Freud Anna. (1970): *Normalidad y patología en la infancia*, ed Paidos. Buenos Aires.
- Freud A. (1981): *The role of bodily illness in the mental life of children*, Psychoanal. Study Child, vol. VII, 1952, en Békei M., Niños con enfermedades crónicas. en Feldfogel D. y Zimmerman A., *El psiquismo del niño enfermo orgánico*, ed. Paidos, Buenos Aires.
- Gesell A. (1956): *El niño de 1 a 5 años*, ed. Paidos, Buenos Aires.
- Glaser, Linn y Harrison (1961): *Comprehensive medical care for handicapped children*, Am, J. Dis. Child.
- Gough D. (1962): *The Visual Behavior of infants in the first few weeks of the life*, Proceedings of the Royal Society of Medicine.
- Granoff W. y Perrier F. (1964) : *Le problème de la perversion chez la femme et les idéaux féminins*. Psychanalyse. 7.
- Green A. (1973): *Le discours vivant*, Paris: PUF.
- Greenacre Ph. (1953). *Traumatisme, croissance et personnalité*. Paris: PUF 1971.
- Greenacre Ph. (1953): *Certain relationships between fetishism and the faulty development of the body image*, Psychoanal Study Child, 8.
- Greenacre Ph. (1956): *Revaluation of the process of working through*. Int. J. Psycho-Anal., 37.
- Greenman G.W. (1963): *Visual behavior of newborn infants*, en A.J. Solnit y S.A. Provence, eds.. Modern perspectives in child development. New York, Hallmark.

- Greenspan S. I. (1979): Louric R. S. y Nover R. A., *A developmental approach to the classification of psychopathology in infancy and early childhood*, en J. Noshpitz, ed., *The basic handbook of child psychiatry*, New York: Basic Books, 2.
- Greenspan S.I. y Lieberman A.F. (1980): *Infants, mothers and their interaction, A quantitative clinical approach to developmental assessment*, en Greenspan S.I. y Pollock G.H., ed., *The course of life, vol. I: Infancy and early childhood*, US Department of Health and Human Services, publicación nº (ADM).
- Grunberger B. (1980) : *Étude sur la relation d'objets anale*, *Revue Française de Psychanalyse*, 24 (2).
- Gutton Phillippe (1987): *El bebé del psicoanalista*. Ed. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Haith M. (1982): *Regarder, chercher ... découvrir, entrevista con M. Haith*, en E. Herbinet y M.-C. Busnel, eds., *L'aube des sens*, París: Stock.
- Hales D. Y Cols. (1977): *Defining the limits of the sensitive period*, *Development Medicine and Child Neurology*, 19.
- Harper y Row (1975): *Normal and Abnormal Development of the Human Nervous System*, Hagerstown.
- Haynes H. (1965): White B.L. y Held R., *Visual accommodation in human infants*, *Science*, 148.
- Henwood K., Pidgeon F. (1992): *Investigación Cualitativa y Teorización Psicológica*, ed. *British Journal of Psychology*, 83, 97-111.
- Hernández S. y cols. (1994): *Metodología de la investigación*. Ed. McGRAW-HILL, México.
- Hershenson M., Munsinger H. y Kessen W. (1965): *Preference for shapes of intermediate variability in the newborn human*, *Science*, 147.
- Hudelson, P. M. (1994): *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva, World Health Organization.
- Izard C. (1971) : *The face of emotion*, Nueva York: Meredith.
- Jacobson E. (1969): *El self y el mundo objetal*, ed., Beta, Buenos Aires.
- Jansen J. (1985): *A retrospective analysis 21 to 35 years after birth of hydrocephalic patients born from 1946 to 1955. An overall description of the material and criteria used*, *Acta Neurol Scand.* (71).
- Josse D. y Robin M., *À propos du contenu du langage maternel*, *Psychiatrie de l'Enfant*, en preparación.
- Johnson P., Salisbury D.M. (1975): *Breathing y Sucking, During feeding in the newborn*, *Ciba Foundation Symposium*, (33).
- Junqué C. y Barroso J. (1994): *Neuropsicología*, ed. Síntesis S.A., Madrid.
- Kestenberg E. (1988): *La observación directa de las relaciones madre-hijo en la familia*, en Lebovici S., Diatkine R. Soulé M. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomos II, IV y V, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Kestenberg J. (1968) : *Le dehors et le masculin et le féminin*, en: *La sexualité féminine controversée*, París.
- Klauss M.H. (1972): *Maternal attachment. Importance of the first post-partum days*, *J. Med.*, New England.

- Klauss M.H. (1975): Trause M.A. y Kennel J. *Evidence for a sensitive period in the human mother, en Parent-infant interaction*, simposio 33 de la Ciba Foundation (nueva serie). Elsevier, Amsterdam.
- Klauss M.H., y Kennel J. (1976): *Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development*, Saint Louis: Mosby.
- Koupernik C. y Bourguignon A., en Lebovici S., Diatkine R. y Soulé M. (1988): *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomos II, IV y V. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Kokkonen J., Serlo W., Saukkonen A. y Juolasmaa A. (1994): *Long-Term prognosis for children with shunted hydrocephalus*, en *Child's Nerv Syst.*, Springer-Verlag.
- Kreisler L. y cols (1977): *El Niño y su Cuerpo*, ed Amorrortu, Buenos Aires.
- Kreisler L. (1978): *Psychopathologie du premier âge. Regroupement clinique. Approche nosologique*. Rev. Neuro-psychiat. Infant, 26.
- Kreisler L. y B. Cramer, (1981): *Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*, Psychiatrie de l'Enfant, 24 (1).
- Kreisler L. (1981): "La dépression, phénomène majeur de la désorganisation psychosomatique. Désorganisation psychosomatique. Mortelle", L'enfant du désordre psychosomatique, ed. Privat, Paris.
- Kreisler L. (1988): *Pediatría y Psiquiatría infantil: El niño enfermo*, en Lebovici S., Diatkine R. Soulé M., *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo I. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Laurence K. and Coates S. (1962): *The natural history of hydrocephalus: Detailed analysis of 187 unoperated cases*. Arch Dis Child n°37.
- Laplanche J. (1970): *Vida y muerte en psicoanálisis*, Buenos Aires: ed. Amorrortu.
- Laplanche J. y B. Pontalis (1981): *Diccionario de Psicoanálisis*, ed Labor, S.A. Barcelona.
- Lebovici S. (1980): *Névrose infantile, névrose de transfert*, Revue Française de Psychanalyse, 44 (5-6).
- Lebovici S. (1982): *L'après-coup et l'organisation de la névrose infantile*, en J. Guillaumin, ed., *Traumatismes et après-coup*, Toulouse: Privat.
- Lebovici S., Diatkine y Soulé M. (1988): *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomos II, IV y V. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Lebovici S. (1988): *El lactante, su madre y el psicoanalista, las interacciones precoces*, Ed. Amorrortu, Argentina.
- Lézine I., Robin M. y Courtial C. (1975): *Observations sur le couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires*, Psychiatrie de l'Enfant, 18 (1).
- Liley A.W., *The foetus as a personality*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 6, 1972.
- Lorber J., *The results of early treatment of extreme hydrocephalus*. Dev. Med. Child Neurol. 1968.
- Lussier A. (1960): *The analysis of a boy with a congenital deformity*, Psychoanal. Study Child, 15.
- MacFarlane (1975): *Olfaction in the development of social preferences in the human neonate*, en *Parent-infant interaction*, Ciba Foundation Symposium, n° 33, Amsterdam: Associated Scientific Publishers.

- Mcdougall J. (1982): *Théâtres du je*, cd., Gallimard, Paris.
- Mahler M. (1973) : *Simbiose humana et individuación*: I, 1968 en *Psychose infantile*, Paris: Payot.
- Mahler M. S. y Devitt J. B. (1980): *The separation-individuation process and identity formation*, en S. I. Greenspan y G. H. Pollack. Eds., *The course of life*, vol. I: *Infancy and early childhood*, US Department of Health and Human Services, publicación n° (ADM).
- Marty, P. y M'Uzan M. de. (1963): *La pensée opératoire*, Rev. Franc. Psychanal.,27.
- Mc Keith R. (1963): *Defining the concept of minimal brain damage*, Clinics Development Med.
- Mechanic D. (1964) *The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior*, Pediatrics,32.
- Misès R. Perron R. y Salbreux R (1980): *Arriérations et déficits mentales.*, Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, Paris.
- Misès R. y Perron R. (1988): *Estudio psicopatológico de las deficiencias intelectuales*, en Lebovici S., Diatkine R. Soulé M., *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Niederland W.G. (1965): *Narcisistic ego impairment in patients with early physical malformations*, Psychoanal. Study Child ,20.
- Nulsen F. y ReKate H. (1982):*Results of treatment for hydrocephalus as a guide to future management*. In *Pediatric Neurosurgery*. New York, Grune and Stratton.
- Oakley Ann (1979): *Becoming a mother*, Oxford: Martin Robertson & Co..
- O'Brien Mark S. y Harris Mark E. (1993): *Long-Term results in the treatment of hydrocephalus en Butler, Mclone Hidrocephalus*, Neurosurgery Clinics of North America, ed. W.B. SAUNDERS COMPANY, vol. 4, U.S.A.
- Occhipinti E., Fontana M., Riccio A. (1981): *Long-term Follow-up of 108 patients operated on for infantile non-tumoral hydrocephalus: A cooperative study by 6 Italian neurosurgical centers*. Z Kinderchir.
- Pavenstedt E. (1956): *The effect of extreme passivity imposed on a boy in early childhood*, Psychoanal. Study Child. 11.
- Peto A. (1959): *Body image and archic thinking*, Int. J. Psycho-Anal., 15.
- Petrillo M. y Sanger S. (1972): *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. La Prensa Médica Mexicana, México.
- Plank Emma. *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital*. Ed Paidós volumen I. Buenos Aires.
- Pontalis J.B. (1979) : *La chambre des enfants*, nouvelle Revue de Psychanalyse. 19.
- Porte J.M. (1988): *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomos II, IV y V, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Racamier P.C., Sens. C. y Carretier, L. (1961) : *La mère et l'enfant dans las psychoses du post-partum*. Evol. Psychiat., 26.

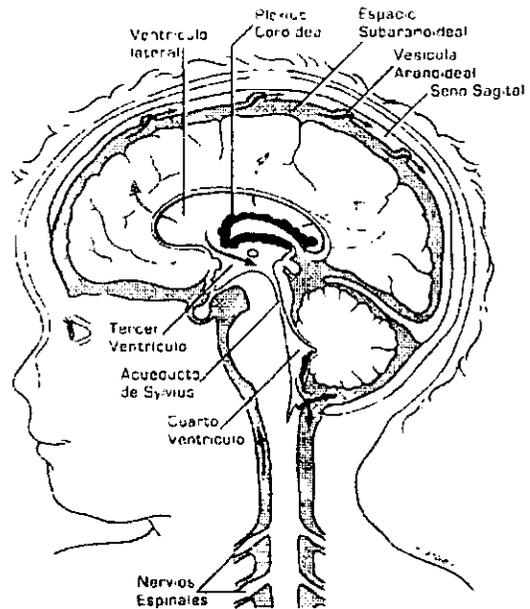
- Raimbault G. (1974): *Problèmes psychologiques dans les néphropathies chroniques de l'enfant*. (1967) en *L'enfant dans sa famille*. Ed Masson, Paris.
- Raimondi A. y Soare P. (1974): *Intellectual development in shunted hydrocephalic children*. Am J Dis Child.
- Recently, Cull C. y Wyke M. (1984): *Memory function of children with spina bifida and shunted hydrocephalus*. Dev Med Child Neurol 26.
- Rodrigué E. (1968): *Severe bodily illness in childhood*. Int. J. Psycho-Anal., 49.
- Rose G. J. (1966): *Body, ego and reality*. Int. J. Psycho-Anal., 47.
- Rodulfo R. (1989): *El niño y el significante*. Ed. Paidós, Argentina.
- Saint-Anne-Dargassies. S. (1974): *Confrontation neurologique de deux concepts: maturation et développement chez le jeune enfant*. Rev. Neuro-psychiat. Infant., 22.
- Salbreux R., Deniaud J.M. y Rougier B. (1974): *Etude de la déficience mentale dans la région parisienne. A partir des premiers résultats d'une enquête épidémiologique*. Rev. Ped.(14).
- Salbreux R. (1977): *Syndrome de dysfonctionnement cérébral minime et syndrome tardif de l'ancien prématuré*, Communication au Congrès de la Société de neurologie infantile. Diff Générale Librairie, Paris.
- Salbreux R., *Dépistage et prise en charge précoces de L'IMOC*. Réunion du CMNETIMOC. Sopharga, Paris, 1978.
- Salbreux R. (1978): *Le dialogue avec les parents. Importance des premières paroles médicales*. In *Journées parisiennes de Pédiatrie*. Flammarion, Paris.
- Salbreux R. y Terrier F. (1979) *Intérêt et moyens de'une assistance psychologique très précoce dans les difficultés de relation parents-enfant liées à une pathologie néonatale sévère*. Communication faite au VI Congrès de l'Union européenne de pédopsychiatres. Madrid.
- Salbreux R. y Terrier F. (1979): *Naitre et reconnaître* In *Journées parisiennes de Pédiatrie*. Flammarion, Paris.
- Salbreux R. (1982): *Peut-on améliorer les interactions entre les professionnels et la famille d'un enfant handicapé*. Rev. Pediatr.
- Salbreux R. (1988): *Dinámica de los procesos lesionales*, en Lebovici S., Diatkine R. Soulé M., *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo II. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Satgé P. y Soulé M. (1976): *L'accueil et la prise en charge des parents dans un centre de néonatalogie*. Expans Scient Franc. Paris.
- Satgé P., Soulé M., Salbreux R., Charlas J., Voyer M. y Narbouton R., (1984): *Et al Place et rôle de la psychologie dynamique dans un service de néonatalogie: l'enfant, les parents, l'équipe*. Sem. Hôp. Paris.
- Sander L. (1962): *Issues in early mother-child interaction*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1.
- Schilder P., *The Image and Appearance of the Human Body*. Int. Univ. Press. Nueva York. 1950.
- Soulé M. (1976): *L'aire potentielle de jeu oral entre la mère et son nourrisson*. Psychanalyse à l'Université. I.

- Soulé M. (1978): *Les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né. Compréhension et dynamique conflictuelle chez les parents de l'enfant prématuré et dans l'équipe soignante*. Rev Neuropsychiatr. Infant et Hyg Ment Enf.
- Spitz, R.A., con la colaboración de W. G. Cobliner (1968): *De la naissance à la parole*. La première année de la vie. Paris: PUF.
- Spitz R. A. (1986): *El primer año de vida*. ed. Fondo de cultura económica S.A. México.
- Stern D. N. (1974): *The goal and structure of mother-infant play*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 13.
- Stern D. N., Barnett R.K. y Spieker S. (1980): *Early transmission of affect: some research issues*. trabajo presentado en la Primera Conferencia Internacional de Psiquiatría Infantil. Cascais. Portugal.
- Stern D. N. (1981): *Mère-enfant. Les premières relations*. Bruselas: Pierre Mardaga.
- Stern D. N. (1991): *El mundo interpersonal del infante*. Ed. Paidós, psicología profunda. Argentina.
- Tanaka Y. y Arayama, (1969) *Fetal responses to acoustic stimuli*, Practica oto-rhino-laryngologica, 31.
- Tromp C., van den Burg W., Jansen A. (1979): *Nature and severity of hydrocephalus and its relation to later intellectual function*, Z Kinderchir.
- Watzlawick P. y Weakland J.H. (1981): *Sur l'interaction*. (originalmente. The interactional view, ed. Norton, Nueva York. 1977), ed. Scuil. París.
- Weissenfels E. y Hemmer R. (1981): *Development and social status of hydrocephalic children who are now 14-20 years of age*. Z Kinderchir.
- Wolff P.H. (1957): *Observations on newborn infants*. Psychosomatic Medicine, 21.
- Wolff P.H. (1963): *Observations on the early development of smiling*, en B.M. Foss, ed., Determinants of infant behaviour, Nueva York: Wiley, 2.
- Wolff P.H. (1965): *The development of attention in infants*, Annals of the New York Academy of Sciences. 118.
- Wolff P.H. (1966). *The causes, controls, and organisation of behaviour in the neonate*. Psychological Issues, 5.
- Winnicott. D.W. (1969): *De la pédiatrie à la psychanalyse*. ed. Payot, París.
- Winnicott. D.W. (1969): *La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression*, en De la pédiatrie à la psychanalyse, ed. Payot, París.
- Winnicott. D.W. (1971): *Realidad y Juego*. Ed. Gedisa, 5ª edición, Barcelona.
- Zeiner H., Prigatano G. y Pollay M. (1985): *Ocular motility, visual acuity and dysfunction of neuropsychological impairment in children with shunted uncomplicated hydrocephalus*. Child's Nerv. Syst.

**Apéndice 1. la hidrocefalia congénita**

La hidrocefalia es un trastorno que se caracteriza por un aumento en el volumen de líquido cefalorraquídeo (LCR) y la dilatación ventricular concomitante. El proceso se considera activo cuando la presión intracraneal aumenta progresivamente y compensado cuando la presión se ha estabilizado y deja de dilatarse el ventrículo

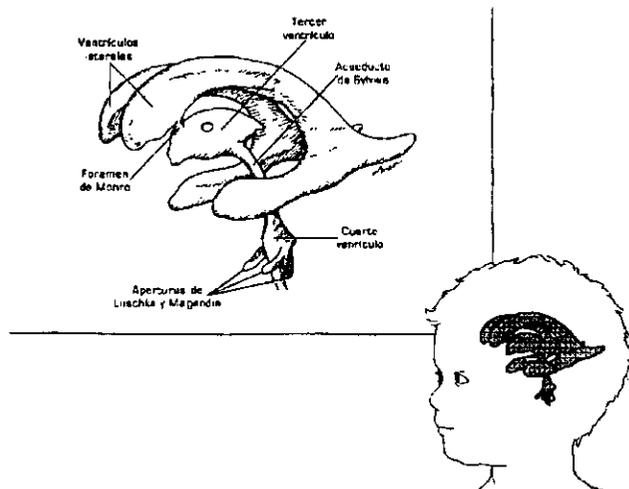
La hidrocefalia comunicante se distingue de la no comunicante al encontrarse en la primera comunicación de los ventrículos con el espacio subaracnoideo, mientras que en la segunda esta comunicación se encuentra obstruida.



Cuadro 20

El cierre del tubo neural tiene lugar alrededor del vigésimo octavo día de la gestación, separando la luz del tubo neural del líquido amniótico. Al mismo tiempo, el techo del cuarto ventrículo se dilata y la cubierta del epéndimo forma una sola capa epitelial. El techo del cuarto ventrículo es perforado por un proceso activo de diferenciación que se inicia antes de que comience a funcionar el plexo coroideo. En este punto, ya han ocurrido tres importantes procesos interrelacionados: la perforación del techo del cuarto ventrículo, el desarrollo del epitelio secretor en el plexo coroideo y la diferenciación de las leptomeninges en las trabéculas aracnoideas y la subsiguiente formación del espacio subaracnoideo.

El sistema ventricular se desarrolla simultáneamente con cada segmento del sistema nervioso central, pero el conducto central de la médula espinal por lo general se oblitela después del nacimiento debido al aumento de células neuronales y gliales. El sistema ventricular termina entonces a nivel del óbex.



Cuadro 21

En la formación de líquido del plexo coroideo participan dos procesos: la filtración a través de la pared capilar coroidea, y la secreción de líquido por el epitelio coroideo. El LCR también se produce a nivel transependimario. La tasa de formación del LCR es de 0.35 ml por minuto, o sea alrededor de 500 ml por día. El volumen total de LCR en el lactante es de 5 ml, y de 150 ml en la edad adulta. Los sitios de reabsorción del LCR son las vellosidades aracnoideas y los espacios subaracnoideos craneal y espinal.

Son múltiples las causas de la hidrocefalia, y generalmente se atribuyen a la sobreproducción de LCR, a un proceso obstructivo en la circulación del LCR, o a defectos en la absorción del líquido. Hay controversia sobre si un papiloma del plexo coroideo produce hidrocefalia por sobreproducción o por oclusión del líquido. Ha habido varios informes de pacientes con papiloma del plexo coroideo e hidrocefalia manifiesta que no mostraban evidencia de algún proceso obstructivo.

No se ha demostrado aún que la insuficiencia venosa cause la hidrocefalia. En estado normal, la presión del LCR excede la presión dentro del seno sagital, sin embargo, en niños hidrocefálicos la presión en el seno sagital es igual o excede a la presión intracraneal. Por otro lado, la insuficiencia venosa, la malabsorción por las vellosidades aracnoideas y la obstrucción de su circulación contribuyen en la patogenia de la hidrocefalia. No se conoce la importancia cuantitativa de la absorción espinal en el hombre.

## *Apéndice 2. Detección, tratamiento y secuelas fisiológicas de la hidrocefalia congénita*

### *Detección de la hidrocefalia.*

En general el diagnóstico de hidrocefalia se realiza durante la evaluación clínica. Debe disponerse de curvas de crecimiento adecuadas para graficar las dimensiones de la cabeza, de acuerdo con la edad gestacional, sexo, etc. Por ejemplo, en productos prematuros cuyo peso es normal, es común observar un crecimiento cefálico durante el primer mes de vida. Una vez confirmado el diagnóstico de macrocefalia, se requieren otros estudios más detallados. La tomografía axial computada (TAC) es el estudio de neurodiagnóstico más utilizado por que provee valiosa información acerca del LCR, tamaño y configuración ventricular, etc. Deben realizarse todos los exámenes necesarios para delinear con certeza la patogenia de la hidrocefalia antes de considerar la intervención quirúrgica.

Es posible obtener información sobre el flujo y circulación del LCR inyectando un agente radioactivo en el espacio subaracnoideo lumbar. Una hora después el material se detecta en las cisternas basales; de ahí, cruza los hemisferios hacia las regiones parasagitales. Se ha identificado un reflujo de material radioactivo en los ventrículos de algunos individuos con hidrocefalia comunicante, aún cuando la presión intracraneal sea normal, en la actualidad, suele inyectarse metrizamida y realizarse TAC para observar el flujo del LCR en pacientes normales y con hidrocefalia. Estos estudios son particularmente útiles en pacientes con sospecha de hidrocefalia con presión intracraneal normal, o en niños con macrocefalia considerable, que no excede en demasía el percentil correspondiente.

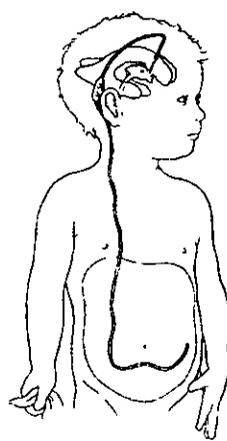
### *Tratamiento de la hidrocefalia.*

Desde que Torkildsen desarrolló la ventriculocisternostomía, (ventriculostomía), los neurocirujanos han derivado el LCR a alguna cavidad del cuerpo. En la actualidad las derivaciones más comunes son la V/P (Ventrículo Peritoneal) y la V/A (Ventrículo Aurícula del corazón).

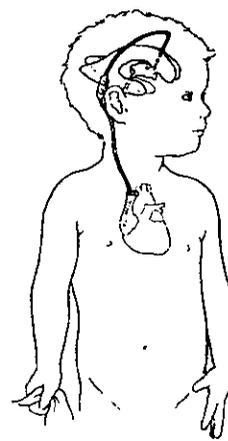
La derivación V/P, como todo procedimiento quirúrgico, implica riesgos, su tasa de frecuencia es alrededor del 15% al 30%, e incluyen tromboembolia, bacteriemia y obstrucción de la derivación.

Aún así, es una de las intervenciones más frecuentes en la actualidad

En ocasiones, la bacteriemia no cede solo con antibioticoterapia, y será necesario retirar el catéter hasta que desaparezca la infección.



Derivación V/P



Derivación V/A

Más tarde, puede volver a insertarse. Una complicación poco frecuente es que el catéter se mueva de su lugar.

En el Instituto Nacional de Pediatría, la derivación más frecuente es la V/P, y únicamente en casos en que ésta disfunciones se toma la alternativa de la derivación V/A.

Es muy difícil delinear la extensa gama de procesos de desvío y sus complicaciones, ya que mientras algunos pacientes no necesitan revisión de su derivación, otros requieren revisiones periódicas. En un estudio sobre los resultados obtenidos con estos procedimientos en lactantes, la tasa de supervivencia fue de 50% al cabo de 15 años, de los cuales el 15% mostraban retraso mental.

#### *Hidrocefalia con presión intracraneal normal.*

Esta forma de hidrocefalia comunicante incluye un defecto en los espacios subaracnoideos, que obstruye el flujo normal del LCR y su reabsorción. Suele haber ventriculomegalia pero sin signos clínicos aparentes de presión intracraneal elevada, por el contrario, la presión es normal en el espacio subaracnoideo lumbar.

Esta condición clínica predomina en sujetos de edad madura, ya que a medida que envejecen comienzan a declinar gradualmente sus facultades intelectuales y de retención con disminución de los procesos mentales, apraxia de marcha e incontinencia urinaria. La hidrocefalia con presión normal es muy poco común en los niños; sin embargo, debe sospecharse cuando haya pérdida gradual de la capacidad mental o la marcha adopte una modalidad anormal, la patogénesis de esta enfermedad no se ha definido con precisión.

## PATOGÉNESIS DE LA HIDROCEFALIA\*

<b>Ventrículos laterales</b>	Quistes aracnoideos o subependimales Hemorragia subependimaria Tumor
<b>Agujero de Monroe</b>	Quistes coloides Tumor Inflamación (ventriculitis)
<b>Tercer ventrículo</b>	Tumor Quiste coloide Hemorragia
<b>Acueducto de Silvio</b>	Malformaciones de Chiari Inflamación (infección in útero, meningitis) Tumor Caaum, congénita “Estenosis” factor genético (ligado al cromosoma) Malformación vascular –aneurisma (MAV) de la vena de Galeno
<b>Cuarto ventrículo</b>	Malformaciones de Chiari Inflamación (meningitis) Síndrome de Dandy-Walker
<b>Espacio subaracnoideo</b>	Inflamación Hemorragia subaracnoidea Quistes leptomenigeos
<b>Vellosidades aracnoideas</b>	Ausencia congénita o disminución marcada Obstrucción por hemorragia Inflamación

---

\* Cuadro obtenido de: Normal and Abnorman Development of the Human Nervous Sistem. Harper y Row. Hagerstown. 1975.

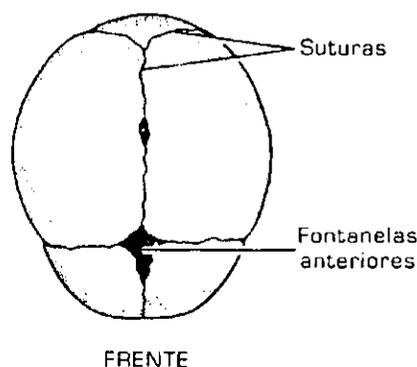
### ***Secuelas fisiológicas de la hidrocefalia.***

Los dos factores más importantes que determinan el curso clínico y modo de presentación de la hidrocefalia son: la edad del paciente y la causa específica del trastorno.

La edad es importante, ya que si las suturas craneales se han cerrado aún en forma definitiva un proceso hidrocefálico activo puede causar agrandamiento anormal del perímetro cefálico.

La hidrocefalia que se manifiesta antes de los dos años suele causar macrocefalia, con cráneo abultado.

El signo de MacEwen está presente y las venas frontotemporales del cuero cabelludo se vuelven prominentes.



Cuadro 23

El niño puede experimentar intensas molestias al mirar hacia arriba (signo del sol naciente), como resultado de la dilatación de los recesos suprapineales del tercer ventrículo que comprime el tectum mesencefálico. Con frecuencia se observan parálisis unilaterales o bilaterales del sexto nervio craneal, así como otras anomalías de la movilidad ocular. A menudo el tono muscular se intensifica más en las extremidades inferiores que en las superiores, al parecer debido a que las fibras corticoespinales del área cortical de la pierna las alarga e interfiere al extenderse el ventrículo lateral distendido al pasar sus fibras de la corteza del bulbo y la médula. A veces puede haber trastorno corticobulbar con dificultad para la alimentación y el habla.

Los nervios ópticos se pueden atrofiar como consecuencia de la compresión de los ventrículos distendidos. Los niños y los adolescentes con hidrocefalia activa pueden tener cefaleas intermitentes y vómito esporádico al cambiar de postura, sobre todo en las mañanas. También pueden presentar papiledema, parálisis del sexto nervio o ambos. Los cambios en el tono muscular son semejantes a los observados en niños más pequeños. En la adolescencia pueden manifestarse anomalías endocrinas, menstruales (amenorrea), retraso en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diabetes insípida, hipotiroidismo y en ocasiones falla en el crecimiento.

En lo referente a la mortalidad en los tratamientos quirúrgicos dentro de la hidrocefalia, O'Brien y Harris (*op. cit.*), dividen las causas en cuatro categorías, la primera es la progresión de la enfermedad primaria, la segunda se refiere a complicaciones durante la cirugía, la tercera se relaciona con factores relacionados con la cirugía (infección, disfunción valvular, y otros), y la cuarta con factores no relacionados con la hidrocefalia o con el tratamiento, al respecto, Hemmer (1979) analizó la autopsia y la clínica de 81 niños que padecieron hidrocefalia y que fallecieron después del tratamiento quirúrgico, donde cerca de la mitad eran neonatos y el

resto infantes, Hemmer encontró que las causas principales de los decesos se debieron a los siguientes factores: disfunción valvular (30%), infección (20%), y embolia pulmonar (7%).

Finalmente podemos comentar que muchos autores han llamado la atención sobre el pronóstico, desarrollo de la enfermedad y el tratamiento, al señalar que en gran medida depende del tiempo en que es detectada y tratada la enfermedad, es decir, mientras más pronto se realice la intervención médica, mejor será el pronóstico del paciente.

### *Apéndice 3. El desarrollo normal en lactantes*

Diversos autores han realizado minuciosas investigaciones acerca del desarrollo de los lactantes, esta serie de datos han surgido a partir de la observación fina de las crecientes capacidades que va adquiriendo el lactante, capacidades que surgen tanto de la continua maduración del sistema nervioso, como de la constante ejercitación y los estímulos provenientes del medio ambiente. De esta forma, encontramos signos específicos que determinan el nivel de desarrollo del lactante, con lo que se pueden ubicar y determinar datos de déficit en el desarrollo.

Por la importancia en sus investigaciones destacan dos autores, Spitz y Gesell, la finura con que realizaron sus observaciones, y la calidad de los instrumentos que aportaron para ubicar el nivel de desarrollo del lactante (y del niño en general), han propiciado que hasta nuestros días continúen siendo vigentes, por estos motivos, en el presente apéndice señalamos los signos y características que debe de presentar un niño que ha tenido un desarrollo del aparato psíquico normal.

Comencemos por Spitz (1965), este autor partió del estudio de los efectos producidos en el bebé por la separación de su madre. Señala que el desarrollo del aparato psíquico del bebé está ligado a la relación del bebé con su madre: de la indiferenciación inicial es llevado al desarrollo de una relación diferenciada con un objeto externo-interno estable, en general su madre, Todo sucede como si, de acuerdo con el principio según el cual la alucinación del objeto se apoya en la alucinación de la satisfacción, las huellas engramadas de las vivencias de placer fuesen recuperadas en el curso progresivo del desarrollo para cobrar un nuevo sentido, inductor de la vida fantasmática. Este proceso es llevado a cabo mediante: “Los puntos de organización”, señalando con estos las etapas que apuntalan la construcción de la relación objetal. En especial indica tres de los puntos de organización u organizadores psíquicos: La primera sonrisa, El temor al rostro del extraño y el “No”.

En nuestro caso, y por la edad de los niños del estudio, únicamente son ubicables los dos primeros de estos signos u organizadores, es decir, la primera sonrisa y el temor al rostro del extraño. Además cabe aclarar que no en todos los casos del estudio se deben de presentar ambos organizadores, ya que las edades de los niños oscilan entre los tres meses y los once meses, por lo que los más pequeños no podrán presentar más que el primero de los organizadores.

Antes de pasar a describir los dos organizadores que son ubicables normalmente en niños que oscilan entre los 3 y 11 meses de edad, es conveniente comentar lo que se entiende por “organizador”. Spitz (1965) indica que: “durante periodos críticos del desarrollo, en que las mismas corrientes del desarrollo se integran unas con otras en varios sectores de la personalidad, así como con las funciones y capacidades emergentes que resultan de los procesos de maduración. El producto de esta acción integradora es una reestructuración del sistema psíquico en un nivel de complejidad superior. Dicha integración es un proceso delicado y vulnerable que, de tener éxito, lleva a lo que yo llamo un “organizador” de la psique”.

El primero de estos organizadores es la primer sonrisa. Con el comienzo del segundo mes de vida, el rostro humano se convierte en una imagen visual privilegiada para el lactante, ya que es capaz de distinguirlo del resto de los objetos circundantes, dedicándole su atención entera y en forma prolongada, para que ya durante el tercer mes, además de dedicarle su atención, se tenga la capacidad de responder a este estímulo con una sonrisa, indicio específico de haber quedado plenamente establecido el primer organizador psíquico, con lo cual se inaugura una nueva era en la vida del infante. Lo cual lo coloca en el camino de la construcción del siguiente organizador. No obstante, cuando la consolidación del organizador se desvía, el desarrollo se detiene, ya que los sistemas psíquicos que debían de haberse integrado, mediante la interacción con el medio, permanecerán en un nivel inicial, menos desarrollado, y previo al establecimiento del organizador.

Finalmente, Spitz, aclara que la presencia de este organizador es el signo inequívoco de la constitución del *preobjeto*, proceso necesario como tránsito a la constitución del objeto como tal, el cual se consolida cuando se observa “el temor al rostro del extraño”, es decir, la constitución del segundo organizador psíquico a los 8 meses de edad.

En lo que se refiere a los pacientes de nuestro estudio, encontramos que todos son mayores a los tres meses de edad, por lo que (si su desarrollo fuese normal) debería de ubicarse claramente este primer organizador.

Entre los 6 y 8 meses, se produce un cambio decisivo en la conducta del niño frente a la presencia de los otros, ya no responde con una sonrisa indiscriminada ante cualquier rostro conocido o ajeno, ya que para esta edad la capacidad para la diferenciación perceptiva está ya bien desarrollada, ahora distingue claramente entre los rostros que le son conocidos y aquellos que le resultan extraños, y si uno de estos últimos se le acerca, mostrará una conducta típicamente inconfundible, esto es, dará muestras de diversas intensidades de recelo y de angustia rechazando la presencia del desconocido. Spitz señala que la conducta individual del infante varía en una escala bastante amplia, esto es, puede que baje los ojos tímidamente, cubrírselos con las manos, alzar sus vestidos o sarapes para ocultarse el rostro, arrojarse boca abajo, o puede llorar amargamente. Donde encontramos que el denominador común consiste en la presencia de una negativa a entrar en contacto con el desconocido, con matices más o menos pronunciados de angustia.

Al igual que la respuesta sonriente de los tres meses, la angustia del octavo mes señala una etapa diferente en el desarrollo de la organización psíquica. Spitz indica que en el caso de la respuesta sonriente, la Gestalt signo del rostro, visto de frente, es experimentada como homóloga a la del congénere humano. Mientras que en la angustia del octavo mes, el precepto del rostro del extraño es comparada por el niño con las huellas mnémicas del rostro de la madre, descubriendo que son distintos, y desembocando en angustia y rechazo. Este desagrado específico es originado por el temor del niño a haber perdido a su madre (el objeto libidinal).

Spitz comenta que la presencia de este organizador es indicativo de que se alcanza a diferenciar nítidamente el rostro de la madre, adjudicándosele un lugar único entre todos los

demás rostros humanos, de lo que se deduce que se ha desarrollado el establecimiento del “objeto” libidinal propiamente dicho.

Finalmente Spitz esboza otra serie de cambios que se han operado en el niño, y que desembocan en esta conducta específica surgida del organizador que se denomina “angustia del octavo mes”:

- 1) En la *esfera somática*, la mielinización del conducto neural está ahora lo suficientemente avanzada como para hacer posible el funcionamiento diacrítico del aparato sensorial; para lograr una coordinación de los efectores; para colocar grupos musculoesqueléticos al servicio de las secuencias de acción dirigida; para permitir la adopción de posturas y de equilibrio que sirven como base para la acción muscular.
- 2) En el *aparato mental* (aparato psíquico, según nuestra nomenclatura), se ha acumulado un número creciente de rastros mnémicos, de modo que pueden efectuarse operaciones mentales de complejidad creciente. Estas operaciones mentales a su vez, permiten la realización de un número creciente y más diversificado de secuencias de acción. La activación de las operaciones mentales y las secuencias de acción resultantes, aportan una de las condiciones que hacen posible y promueven el desarrollo del *Yo*.
- 3) En la organización psíquica, la maduración y desarrollo del equipo congénito ha hecho posible la realización de secuencias de acción dirigida, permitiendo al infante descargar la tensión afectiva en forma dirigida e intencional.

El encuentro e interacción de estos tres elementos permiten generar como producto final lo que hemos denominado angustia del octavo mes, es decir, el encuentro e interacción de los mencionados procesos, constituyen lo que hemos designado como organizador del octavo mes.

En lo que se refiere a los pacientes de nuestro estudio, encontramos que los que se encuentran dentro del rango cronológico que determina la aparición del segundo organizador, es decir, la angustia del octavo mes, se encuentran únicamente Ángela y Jesús.

Es tiempo de pasar a analizar al segundo de los autores que hemos escogido para ubicar el nivel de desarrollo de los lactantes de nuestro estudio, de esta forma, encontramos la obra de A. Gesell (1940), este autor nos señala específicamente desde otra perspectiva teórica una serie de rasgos y signos distintivos que debe de presentar el lactante y que denuncian su desarrollo o la ausencia de este. Gesell va especificando desde las cuatro semanas de vida los signos que debe de manifestar el lactante, estos signos se agrupan en cuatro ejes: el desarrollo motor, la conducta adaptativa, el desarrollo del lenguaje y la conducta personal social.

Gesell indica que dentro de estos cuatro ejes y con el progresivo desarrollo del niño, sus capacidades se van incrementando. Planteamiento (este último) que coincide plenamente con las propuestas de Spitz.

1. Por *Características motrices* se entienden las relaciones las reacciones posturales, la prensión, locomoción, coordinación general del cuerpo, y ciertas aptitudes motrices específicas.

2. La *Conducta adaptativa* es una categoría conveniente para incluir todas aquellas adaptaciones de carácter perceptual, manual, verbal y de orientación, que reflejan la capacidad del niño para acomodarse a las nuevas experiencias y para servirse de las pasadas. La adaptatividad incluye la inteligencia y las diversas formas de constructividad y utilización.
3. El *Lenguaje* abarca toda la conducta relacional con el soliloquio, la expresión dramática, la comunicación y la comprensión.
4. La *Conducta personal-social* incluye las reacciones personales del niño frente a otras personas y frente a los estímulos culturales; su adaptación a la vida doméstica, a la propiedad, a los grupos sociales y a las convenciones de la comunidad.

Estos cuatro campos principales de la conducta agrupan la mayoría de los modos visibles de la conducta infantil. Por lo que no hay que creer, que estos cuatro sectores se encuentran marcadamente diferenciados. El niño siempre reacciona como unidad en sí mismo. Por lo que Gesell aclara que la clasificación por categorías responde a una simple conveniencia de orden práctico, ya que facilita la observación y el análisis para el diagnóstico, y en nuestro caso el análisis del desarrollo.

Como mencionamos anteriormente, para cada uno de los pacientes se aplican los ejes correspondientes a su edad cronológica. De esta manera pasaremos a describir las conductas y signos de desarrollo esperados que corresponden a bebés normales con edades semejantes a las de los pacientes de nuestro estudio, comenzando con los más pequeños.

Ángel (3 meses es decir, 12 semanas), en éste caso debemos de señalar que la clasificación de Gesell indica que se debe de aplicar los parámetros correspondientes a las 16 semanas con ciertas márgenes de tolerancia, aunque también podemos comentar que durante el periodo en que realizamos las observaciones Ángel alcanzó las doce semanas de edad, de ésta manera, los datos de desarrollo (normal) que se deberían de ubicar son los siguientes: a esta edad, sus periodos de vigilia son más largos y mejor definidos, incluso puede alborotar en demanda de atención social. Los rasgos de individuación se tornan más evidentes y surgen los primeros conflictos originados por presiones excesivas o inoportunas del medio. Su incorporación social ya está muy avanzada, (Gesell, 1940).

*Desarrollo motor*<sup>1</sup>: El reflejo tónico cervical (r.t.c.) empieza a perder su preponderancia. La cabeza, más móvil, ocupa con más frecuencia el plano medio. Y lo mismo brazos y manos, ya que sus movimientos se encuentran, en gran medida, relacionados con la posición de la cabeza y los ojos, incluso bajo su control.

Sigue con la mirada objetos que se encuentran cerca genera un movimiento general de acercamiento incipiente que comprende la cabeza, los hombros y los brazos. En lo que se

---

<sup>1</sup> En lo que se refiere al desarrollo motor, es importante señalar que todos los pacientes de nuestro estudio presentan un déficit en este rubro, ya que el gran tamaño de la cabeza, ha impedido un adecuado desarrollo, empezando por el hecho de que no les ha sido posible sostenerla por sí solos, lo cual ha desencadenado toda una importante gama de retrasos, como el que logren rotarse, mantener una posición sentada o gatear, entre otras.

refiere a las piernas, cuando se le sostiene en posición erguida extiende las piernas reiteradamente, soportando una fracción de su peso.

La musculatura de su tronco se encuentra lo suficientemente desarrollada como para permanecer sentado apoyado en una almohada y sostener la cabeza por sí sólo (control de cabeza) mirando a su alrededor.

*Conducta adaptativa:* El r.t.c. ahora en vías de desaparición, ha llevado a lograr que la atención visual desplace de una fijación difusa sobre el brazo extendido a la inspección prolongada de la mano, o sea, mira atentamente la mano.

*Desarrollo del lenguaje:* A esta edad balbucea, runrunea, hace gorgoritos y ríe, al oír un ruido familiar, gira la cabeza. Pero es más significativa la atención que presta a la voz humana.

*Conducta personal social:* a esta edad ya “reconoce” el rostro, las manos y la voz de la madre y a otros familiares que lo atienden, manifestando este reconocimiento con múltiples expresiones inarticuladas pero correspondientes a patrones bien definidos, establecidos mediante diferentes respuestas como la sonrisa ante el contacto social y el ponerse serio ante un extraño. Finalmente podemos indicar que se le ve contento cuando se le coloca en la posición sedente (perpendicular).

Abril, Luis y Paloma (6 meses es decir, 24 semanas), los tres niños, a lo largo de las observaciones cumplieron las 28 semanas, por lo que les corresponde el rango de esta edad descrito por Gesell. Así que, los datos de desarrollo (normal) que se deberían ubicar son los siguientes:

*Desarrollo motor:* A esta edad logra sentarse sin ayuda, logrando mantener erguido el tronco hasta un minuto entero, logra tomar objetos con el empleo del pulgar, y se los pasa de una mano a la otra, aunque todavía no cuenta con una prensión fina definida, por lo que no logra tomar una bolita. La orientación visual se encuentra más desarrollada que la manual, por lo que puede percibir una cuerda, pero es incapaz de tirar de ella.

*Conducta adaptativa:* En este sentido, ya logra inspeccionar objetos, y si estos se encuentran a su alcance los va a asir. Explora y aprieta con los dedos los diversos objetos, además de llevárselos a la boca, aventarlos y volverlos a recoger y repetir el proceso de exploración. La conducta manipulativa-perceptiva es de gran actividad a las 28 semanas. Se le puede considerar una adaptatividad dinámica combinada con una búsqueda utilitaria.

*Desarrollo del lenguaje:* A las 28 semanas, chilla y cacarea, se han alcanzado una gran cantidad de vocalizaciones espontáneas, como vocales, consonantes y hasta sílabas y diptongos, por lo que se encuentra casi listo para la emisión doble y precisa de *mu*, *ma* y *da*, que lo llevará a decir sus primeras “palabras”.

Así mismo, ha entablado una cantidad de relaciones sociales con ciertas personas específicas del medio, con sus expresiones faciales, ademanes y actitudes posturales. Ha incorporado a su propio sistema psico-motor determinadas respuestas bajo la forma de predisposiciones motorizadas en correspondencia con los acontecimientos, y con las personas y objetos con ellos relacionados. Aunque por el momento los acontecimientos prácticos, los objetos físicos y

los tonos e inflexiones de la voz le interesan más que las palabras, aunque podemos considerar que esta respuesta es una forma de comprensión en el plano del criterio práctico.

*Conducta personal social:* A esta edad es relativamente reservado, ya que las facultades motoras recién dominadas demandan toda su atención, se puede considerar que se encuentra casi totalmente inmerso en la iniciativa privada por sólidas razones evolutivas. Esto no significa que busque el aislamiento, a esta edad está continuamente aprendiendo el contenido social elemental de los sucesos domésticos, principalmente en lo que se refiere al valor que ellos entrañan para él. Pero esto, lo hace socialmente prudente, todavía carece de un fundamento suficientemente sólido para presentar gran atención a las palabras. No le interesa demasiado que los extraños sean extraños, mientras no defrauden sus expectativas normales.

Ángela (8 meses, es decir 32 semanas), al tener la niña esta edad, se le ubica en el rango de las 40 semanas, aunque en ciertos casos se pueden tomar en cuenta los parámetros de las 28 semanas, ya que se encuentra en el tránsito de un rango al otro. De esta forma, encontramos que los datos de desarrollo de las 40 semanas (normal) que se deberían ubicar son los siguientes:

*Desarrollo motor:* En este momento, los puntos más distantes y sutiles del organismo (punta de la lengua, yemas de los dedos y dedos del pie) empiezan a ser controlados en una forma más fina. Las piernas ya sostienen el peso total del cuerpo; pero el equilibrio independiente no llegará hasta finalizar el año. Estando sentado el equilibrio está perfectamente dominado, puede volverse de costado, inclinarse en ángulos variables y recobrar el equilibrio. Alcanza a pasar de la posición sedente a la inclinada y viceversa, y estando en la inclinada logra retroceder, balancearse y gatear.

La prensión se observa más refinada, ya que el pulgar y el índice muestran una movilidad y extensión capaces de hurgar, revolver y arrancar, además de que la yema del pulgar está en oposición a la del índice.

*Conducta adaptativa:* Los labios demuestran mayor adaptación al acercarse el borde de una taza, la lengua coopera con mayor eficacia en la regulación o expulsión de un bocado. A esta edad es capaz de tomar una migaja con prensión en forma de pinza. Con el dedo índice explora los objetos en forma más fina, por lo que realiza nuevos descubrimientos en la tercera dimensión y en el aspecto táctil de las cosas. Todavía se lleva las cosas a la boca, pero la importancia de esta como órgano sensorio terminal ha empezado a disminuir en favor de la creciente capacidad en los órdenes táctil y visual para explorar los objetos y sus detalles.

En presencia de más de un objeto, demuestra tener cierta conciencia de que son más de uno, una primaria sensación de dos, de continencia y de contenido, de cima y fondo, de lado y lado, e incluso de causa y efecto.

*Desarrollo del lenguaje:* La expansión a distancia de la red neuromotriz comienza a incorporar tanto los músculos accesorios del habla como los de masticación. Todo lo cual contribuye a la formación de la vocalización articulada. Se hace presente aún durante la alimentación el “blu-blu”. El bebé tiende a imitar ademanes, gestos y sonidos. Responde a su nombre, y hasta “entiende” el ¡No, no! y aunque todavía está incapacitado para una verdadera comprensión del significado de las palabras, su interés social es tan grande que

inevitablemente lo lleva al lenguaje, además de que ya posee una o dos “palabras” en su vocabulario articulado.

*Conducta personal social:* A esta edad ya está totalmente asentado en la rutina cotidiana, duerme toda la noche, hace dos siestas y come tres o cuatro veces al día. Ahora le queda un margen de energía para los contactos sociales y aunque es capaz de jugar una hora entera o más sin compañía, le gusta tener gente a su alrededor. Su reciente sensibilidad al medio social le permiten aprender algunas “gracias” infantiles. En la manipulación de los juguetes a veces modifica su conducta bajo el estímulo de la demostración.

Sonríe ante su propia imagen en el espejo, pero puede mostrar timidez ante un extraño. Esta misma capacidad de reconocer a un extraño es, por sí sola, un síntoma de mayor madurez social.

Jesús (11 meses es decir, 44 semanas) por lo que se le aplican los parámetros correspondientes al niño de un año de edad.

Desde el punto de vista del desarrollo, el primer cumpleaños representa, más que una etapa culminante, una etapa intermedia. El niño de un año todavía debe de perfeccionar los patrones que hacen su aparición en el cuadro de las 40 semanas y que no se definirán completamente hasta los 15 meses.

*Desarrollo motor:* A ésta edad, el niño gatea con gran destreza, puede hacerlo sobre manos y rodillas o en cuatro pies (a la manera plantigrada), pero a pesar de su pericia en el gateo no puede resistir el impulso de levantarse sobre los pies, y una vez que ya ha adoptado la postura plantigrada, ya casi está listo para pararse por sus propios medios. Puede lograr pararse sin ayuda, pero ordinariamente no alcanza un equilibrio estable hasta cuatro semanas después.

Por ahora se desplaza de costado, agarrándose a algún sostén, y alcanza a caminar con ayuda de algún apoyo. Su forma de prensión se acerca a la de un adulto. La prensión fina es hábil y precisa y casi posee la facultad de soltar las cosas a voluntad.

*Conducta adaptativa:* El bebé de un año demuestra una naciente apreciación de la forma y el número, Empleando su nueva aptitud para soltar, puede colocar un cubo dentro de un recipiente. Ya comienza a geometrizar el espacio y es capaz de poner un objeto sobre otro momentáneamente, esta forma de orientación presagia la futura capacidad para la construcción de torres. Su orientación manual respecto a las relaciones espaciales también le permite, mediante la adaptación de sus manipulaciones, sacar una bolita de un frasco, aunque todavía en forma torpe.

También se puede señalar que muestra progresos en el juego social con la pelota bajo el estímulo de dame-y-toma.

*Desarrollo del lenguaje:* En este aspecto, manifiesta un alto grado de reciprocidad social. Escucha palabra con mayor atención y repite la palabras familiares bajo la influencia de la repetición e imitación. Comienza a subordinar la acción a la palabra, entregando la pelota cuando se le da la orden: “Dámela”. Es probable que haya agregado dos o tres palabras más a su vocabulario, o que trate de atraer la atención, si no con palabras, por medio de toses o

chillidos. Cuando se aproxima a su imagen en el espejo, lo hace socialmente, acompañando a menudo el contacto social con vocalizaciones.

*Conducta personal social:* Manifiesta una significativa tendencia a repetir las acciones que le han sido festejadas. Él mismo se complace tanto con esto como su auditorio. Mediante estas situaciones, comienza a sentir su propia identidad, que habrá de convertirse a la postre en el sentido de personalidad. Por el momento es capaz de miedo, cólera, afecto, celos, ansiedad y simpatía. También puede estar dotado de un sentido estético elemental.

En cuanto a la conducta doméstica, se está volviendo más independiente. Se alimenta con sus propios dedos, roza el plato con la cuchara y luego le pasa la lengua, y cuando está saciado lo expresa con un ademán, además de ayudar a vestirse.

Frecuentemente adopta una actitud sociable, y si es necesario, recurre a las vocalizaciones u otros medios para atraer la atención sobre sí. Revela una considerable perceptividad de las emociones de los demás y una creciente capacidad para influir sobre estas emociones o adaptarse a ellas. Lo cual se considera como índice tanto de inteligencia como de personalidad.

#### *Apéndice 4. Guía de entrevista*

##### Dimensión psíquica de la relación madre-hijo

- ¿Cómo eran sus fantasías con respecto a su bebé?
- ¿Desde cuando comenzó a tener estas fantasías?
- ¿Cómo fueron el embarazo y el parto?
- ¿Qué emociones tuvo durante éste?
- ¿Cuál fue su sentir al tener al niño?
- ¿Qué fantasías tiene con respecto al futuro del niño?
- ¿Qué tanto tiempo dedica a estar con el bebé, y por qué esa cantidad?
- ¿Cómo participa de los cuidados del bebé?
- ¿Cómo se relaciona con el bebé?
- ¿Le da o no de comer y cómo lo hace, biberón o pecho?

La madre frente a la enfermedad en las dimensiones afectiva, fantasmática y cognoscitiva.

- ¿Qué sintió cuando se enteró que estaba enfermo?
- ¿Qué siente actualmente cuando está con él?
- ¿Qué piensa acerca de lo que está pasando?
- ¿Qué siente acerca del tratamiento, la cirugía y la hospitalización en la que se encuentran?
- ¿Qué imagina que pueda pasar en el futuro?

##### Información con respecto a la enfermedad

- ¿Cuándo detectó la enfermedad del bebé y qué fue lo que hizo?
- ¿Qué es lo que sabe de la enfermedad que tiene su bebé?
- ¿Qué es lo que sabe de los tratamientos que requerirá?
- ¿Qué información tiene de bebés que han padecido esta misma enfermedad?
- ¿Qué sabe de los tratamientos que pudiera llegar a requerir en el futuro? (programas de rehabilitación y estimulación temprana)

##### Aspectos de la repercusión de la enfermedad al interior de la familia

- ¿Cómo era la dinámica familiar, antes del embarazo?
- ¿Cómo era la dinámica familiar durante el embarazo y el parto?
- ¿Cuál fue la actitud del padre y del resto de la familia al conocer la enfermedad del niño?
- ¿Cómo es la dinámica familiar actualmente?
- ¿Cuál cree que sea la repercusión que tenga la enfermedad del niño en la familia?

## *Apéndice 5. Guía de observación*

### Interacción madre bebé en términos generales

- Tiempo de estancia con el bebé
- Características de la relación con éste

### Participación en la atención alimenticia, de limpieza y de cuidados médicos

- Forma y frecuencia de alimentación
- Si se le alimenta o no, con biberón o con pecho, y cómo se realiza esta actividad, (si se acomodan o no, si se le fuerza al bebé a comer o se le descuida o se respetan sus tiempos y ritmos, si se le mira y habla o no durante la alimentación)
- Forma del cuidado de la limpieza
- Interés y participación en los cuidados médicos

### Estilo del “holding”

- Si se le carga en brazos o no, con qué duración y con qué frecuencia, en qué posición, cómo responde el bebé a esta interacción

### Tipo de lenguaje

- Si se le habla o no al bebé, qué tan frecuente es esto y con qué duración, con qué tono de voz, con qué velocidad, si se le está mirando o no, cuál es la respuesta del bebé

### Mirada

- Tipo de mirada que se le dirige, qué tan frecuente es y con qué duración, a que distancia es, si se buscan los ojos del bebé o no, cuál es la respuesta del lactante a esta interacción

### Respuestas del bebé a la madre

- Cuáles son las respuestas del bebé a la presencia de la madre

### Grado de armonía entre las interacciones

- Cómo es la interacción entre ambos
- Se encuentran en una armonía de ritmos
- El bebé se alcanza a acoplar a los ritmos de la madre y ésta a los del bebé, es decir, entran en armonía, durante sus actividades

### Respuesta del bebé a los cuidados e interacciones con el cuerpo médico-asistencial

- Cómo responde el bebé a la interacción con el cuerpo médico asistencial

### *Anexo 1. Consulta a fuentes de información.*

En la búsqueda de antecedentes nos abocamos a la tarea de recabar información acerca de previas investigaciones donde se encontrara abordado el tema de la hidrocefalia congénita en lactantes, desde la perspectiva psicoanalítica del vínculo madre-hijo. Esta recopilación de datos se realizó en: centro de documentación de la biblioteca de la facultad de Psicología, mediante el sistema informático todas las tesis de licenciatura comprendidas en las décadas de los 70's, 80's y 90's, pero no se encontró ningún trabajo relacionado con el tema que nos compete.

Sin embargo, sí encontramos estudios con referencia a la hidrocefalia congénita desde la perspectiva de la neuropsicología y de la psicología experimental, pero no con respecto al vínculo madre-hijo con la mencionada enfermedad.

Por otra, parte en el catálogo de tesis de posgrado que comprende las tesis realizadas entre 1950 a 1997, encontramos seis tesis que estudian las lesiones cerebrales, una que se enfoca a la neurocirugía, una que comprende el desarrollo neuronal, pero ninguna que estudie la hidrocefalia congénita en lo particular. Con lo que respecta a las interacciones precoces, no encontramos ninguna tesis con este título, sin embargo sí ubicamos trece trabajos que se enfocan al tema del apego y al de la relación madre-hijo, de estos trabajos pudimos ubicar cuatro que se acercan un poco a nuestro tema, las tesis a las que nos referimos son las siguientes: "Estudio comparativo de la interacción Materno Infantil entre madres adultas y madres adolescentes". AU: Del Valle Morán Manzanilla Arelis GR: Maestría, 1997; "El desarrollo de neonatos de bajo peso". AU: Kohl Furaz Judith. GR: Maestría, 1995; "Desarrollo y prueba de un instrumento de medición de hábitos de crianza y actitudes maternas hacia la educación del infante". AU: Loreto Yanes, B. GR: Maestría, 1986; "Estudio de las relaciones madre-hijo en niños con ecsema infantil mediante el uso del perfil materno de N-Bayley". AU: Rivera Carreño N. GR: Maestría, 1986.

Como es posible observar ninguno de estos trabajos incluye dentro de sus variables algún tipo de padecimiento del sistema nervioso central, como es la hidrocefalia congénita, sin embargo es posible rescatar de las tesis anteriores, (sobretudo de la última), las conclusiones a las que llega Rivera Carreño N., al indicarnos que la calidad de las interacciones precoces entre madres e hijos promueve un importante desarrollo, así como un apoyo indispensable para la superación de la enfermedad

Así mismo se buscó información en los bancos de datos de la UNAM, recurrimos a la página que en Internet tiene esta institución, de esta forma en la dirección: <http://www.dgbiblio.unam.mx>, encontramos información referente a: Periódica y LIBRUNAM.

En periódica, base de datos electrónica que cuenta con más de 620 títulos de revistas científicas comprendidas de 1993 a 1998, no se encontró ningún artículo que relacionara las interacciones precoces madre-bebé con la hidrocefalia congénita.

Con lo que respecta a LIBRUNAM, acceso al acervo bibliográfico con que cuenta la UNAM, no fue descubierto ningún trabajo que tocara en específico el tema que nos compete, sin embargo fueron encontrados bastantes libros que tocan por separado los temas que son de nuestro interés, es decir, libros especializados en las interacciones precoces entre el lactante y su madre, así como las competencias del bebé y los efectos de la maternidad en la madre, libros que se ocupaban del tema de la hidrocefalia congénita, su etiología, desarrollo, consecuencias, tratamiento y secuelas, documentos que tratan el asunto de la hospitalización y sus efectos en los bebés y sus padres, y finalmente el entendimiento psicoanalítico de la relación que se establece entre el lactante y su madre. Es así, como al ser de suma utilidad e importancia para nuestro trabajo gran parte de los títulos que fueron encontrados, los tenemos comprendidos como marco teórico de esta tesis.

En segunda instancia realizamos una búsqueda bibliográfica y de artículos recientes (1997/98) en revistas especializadas dentro de la biblioteca del Instituto Nacional de Pediatría, pero todos los estudios con referencia a la hidrocefalia congénita que se relacionaran con el factor psicológico, se restringen a aspectos de carácter neuropsicológico, de desarrollo y coeficiente intelectual o de desarrollo psico-motor. También encontramos estudios referidos a las capacidades educativas y laborales, así como a la poca aceptación que tienen estos pacientes por parte de la sociedad. Estos datos son rescatados en el marco teórico de esta tesis.

Finalmente, regresando a Internet, en la página correspondiente a "BioMedNet" encontramos un total de 105,129. artículos y referencias enfocados al estudio de la hidrocefalia congénita, pero el número se restringió notablemente al referirnos a los estudios que comprenden el factor psicológico, por último, no se encontró ninguna referencia al vínculo madre bebé con hidrocefalia congénita, sin embargo, también rescataremos algunos de estos datos a lo largo de nuestro trabajo.

En lo que se refiere al número de casos de hidrocefalia congénita que se atienden anualmente en el país, no nos fue posible indagar esta cantidad, a pesar de que investigamos en el INEGI y en el Centro de Estadística de la Secretaría de Salud. Sin embargo por ser el INP, el centro de atención de este tipo de enfermedades del país, hemos considerado que los datos que ahí se pudieron recabar, resultan indicativos de la prevalencia del procedimiento. Estos datos se comentan en el apartado que corresponde a las características de la población

## Anexo 2. Características la población.

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

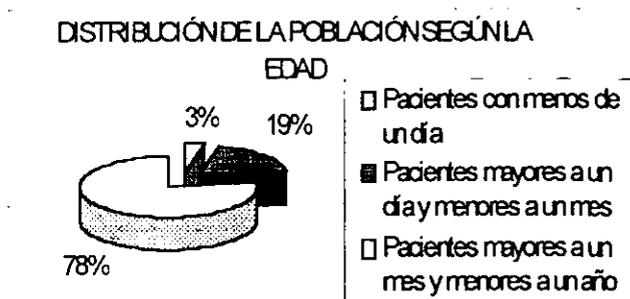
Temporalmente, la población se extiende de enero de 1993 a diciembre de 1998, donde consideraremos a los pacientes que se encuentran dentro del rango que se comprende entre el día de nacido y un año cero meses cero días de edad, este grupo consta de un total de 86 pacientes.

Con lo que respecta al sexo, la población se distribuye de la siguiente forma: 38 hombres y 48 mujeres, por lo que en este caso el número de mujeres es superior al de hombres.



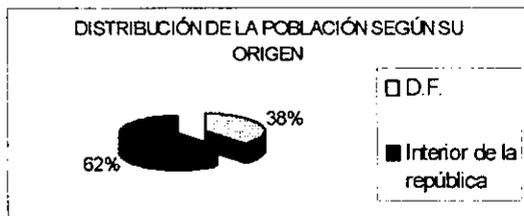
Con lo que respecta a la distribución según la edad al momento de ingreso al Instituto, obtuvimos los siguientes datos:

67 mayores a un mes y menores a un año.  
16 mayores a un día y menores a un mes.  
3 bebés menores a un día.



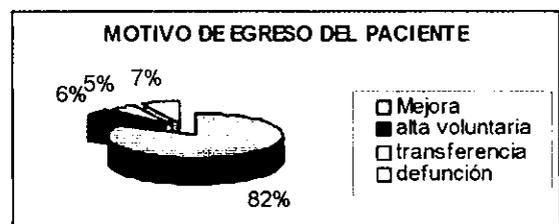
En lo que se refiere a la distribución según el lugar de origen, nuestra población se agrupó de la siguiente forma:

33 pacientes nacidos en el D.F.  
53 pacientes nacidos en el interior de la república.



Al referirnos al motivo de egreso del Instituto encontramos los siguientes datos:

Mejoría 71 pacientes.  
Alta voluntaria 5 pacientes.  
Transferencia 4 pacientes.  
Defunción 6 pacientes.



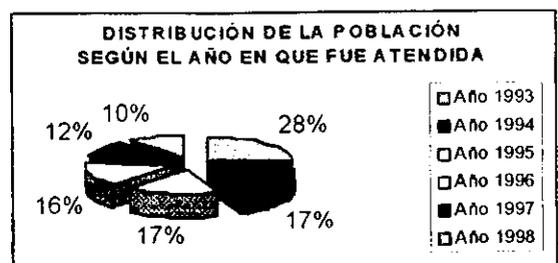
Por otro lado encontramos que el diagnóstico de la hidrocefalia congénita fue determinado de la siguiente manera:

En el diagnóstico 1: 56 pacientes  
En el diagnóstico 2: 15 pacientes  
En el diagnóstico 3: 11 pacientes  
En el diagnóstico 4: 4 pacientes



Finalmente, con lo que respecta a la distribución de nuestra población por año descubrimos los siguientes datos:

En 1993 = 23 pacientes  
En 1994 = 15 pacientes  
En 1995 = 15 pacientes  
En 1996 = 14 pacientes  
En 1997 = 10 pacientes  
En 1998 = 9 pacientes



### *Anexo 3. Glosario médico*

**Afasia de Brocca:** Es la imposibilidad para expresar el pensamiento a través de la palabra complicada con trastornos en la comprensión del lenguaje

**Afasia de Wernicke:** Dificultad o imposibilidad para comprender el lenguaje con trastornos de la palabra

**Acueducto de Silvio:** Comunicación entre el tercer y cuarto ventrículo cerebral

**Desproporción cráneo facial:** Alteración en las dimensiones del rostro y el cráneo

**Dilatación ventricular:** Aumento del ventrículo, generalmente ocasionado por bloqueo del paso del líquido cefalorraquídeo de un ventrículo a otro, que entre sus causas puede ser por obstrucciones mecánicas por cisticercosis ó tumoral entre otras.

**Encefalopatías:** Enfermedad que cursa con alteración cerebral o encefálica, pudiendo ser de origen infeccioso, tumoral, ó metabólico.

**Enuresis:** Incontinencia urinaria, generalmente nocturna, que se presenta frecuentemente en la infancia por causa de tipo emotivo ó por alteración del músculo detrusor de la vejiga.

**Fibras corticoespinales:** Fibras motoras nerviosas que van de la corteza cerebral a la médula espinal

**Gastrostomía:** Cirugía por la cual se practica una abertura en el estómago, generalmente para el suministro de alimento entre otras causas.

**Hemiplejia:** Parálisis de la mitad del cuerpo, generalmente contraria al daño cerebral.

**Hepatomegalia:** Aumento de volumen del hígado.

**Hernia umbilical:** Abertura anormal en la cicatriz umbilical por debilidad de la pared abdominal.

**Hidrocefalia Congénita:** Trastorno que se caracteriza por un aumento en el volumen de líquido cefalorraquídeo (LCR) y la dilatación ventricular concomitante. El proceso se considera activo cuando la presión intracraneal aumenta progresivamente y consolidado cuando la presión se ha estabilizado y deja de dilatarse el ventrículo

**Hipotónicos:** Falta de respuesta adecuada a un estímulo en los reflejos produciendo falta de tono en los músculos entre otros.

**Hipotrofismo:** Disminución a la reacción de un estímulo.

**Macrocefalia:** Aumento de volumen del cráneo de causa variable.

**Malformación intestinal:** Alteración en la anatomía del intestino grueso ó delgado.

**Meningitis:** Inflamación de las coberturas ó capas que cubren al cerebro.

**Meningocele dorso-lumbar:** Alteración en el neonato por falta del cierre del tubo neural, que provoca herniación del mismo.

**Mielina:** Es una sustancia que sirve de aislante y permite el transporte más rápido del impulso nervioso, en las fibras no recubiertas de mielina la velocidad de conducción es directamente proporcional a la raíz cuadrada de su diámetro, mientras que en una recubierta la velocidad es directamente proporcional al diámetro. La producción de mielina está delegada a las células oligodendrogiales

**Mielodisplasia:** Enfermedad de la médula osea que puede ser de origen neoplásico por infiltración de células mielomatosas, en ocasiones por anemia, lesiones renales, y la aparición de altas concentraciones de globulina en la sangre.

**Mielomeningocele:** Padecimiento congénito ocasionado por alteración del cierre neuronal con exposición de tejido neurológico y sus coberturas.

**Mixedema:** Forma de hipotiroidismo en la que el edema ó inflamación es producido por el depósito subcutáneo de mucoproteína y de líquido, afecta principalmente las manos y la cara

**Papiledema:** Edema de la cabeza del nervio óptico por aumento de la presión intracraneal o por interrupción del retorno venoso, procedente del ojo.

**Perímetro cefálico:** Es la medición del diámetro del cráneo oseo.

**Pié varo bilateral:** Es la alteración del pie en su movimiento, ocasionado por acortamiento del tendón de Aquiles que ocasiona la hiperextensión del mismo.

**Plastia de meningocele:** Tratamiento quirúrgico para corregir la exposición de las coberturas del tejido meníngeo, expuesto por problema congénito.

**Plastia de mielomeningocele:** Tratamiento quirúrgico para corregir la exposición del tejido nervioso, por malformación congénita.

**Prolapso rectal:** Es la exposición de la última porción del intestino grueso, también llamado recto, que puede ser ocasionado por ruptura de los ligamentos internos que lo sostienen.

**Reflejo osteo-tendinoso:** Es la respuesta a un estímulo por percusión al tendón de un músculo determinado que provoca la contractura refleja del mismo.

**Seno sagital:** Es un espacio intracraneano, donde se aloja el lago venoso en la porción apical del mismo.

**Sinapsis:** Unión de una neurona con otra del mismo tipo.

**Tabicamiento:** División que existe en una cavidad determinada, pudiendo ser de origen natural ó en algunos casos como resultado de una infección en un órgano.

**Vejiga neurogénica:** Estado en que la vejiga urinaria se vuelve hipo ó hipertónica debido a lesiones del sistema nervioso central ó a trastornos de la inervación periférica, produciendo dificultades en la micción, incapacidad para vaciar por completo la vejiga ó incontinencia.