

Terapias madre-bebé: una vía para la prevención en salud mental¹

RESUMEN: El objetivo de este artículo es plantear la gran eficacia terapéutica de las terapias madre-niño. Las terapias madre-niño provocan importantes modificaciones en las representaciones de la madre, en los síntomas y en el modo de interacción. El estudio considera un caso clínico. Se concluye que las intervenciones terapéuticas precoces son una forma eficaz de prevención de futuras patologías mentales.

PALABRAS CLAVE: Terapias madre-bebé, intervenciones terapéuticas precoces, prevención en salud mental

ABSTRACT: The aim of this paper is to give value to the mother-child therapies as of great therapeutic efficacy.

The mother-child therapies provoke important modifications in the mother representations, in the symptoms and in the interactive ways.

The paper considers the study of a clinic case.

It concludes that the early therapeutic interventions are an effective way of preventing future mental pathology.

KEY WORDS: mother-baby therapies, early therapeutical interventions, mental health prevention.

Las terapias madre-niño realizadas en el post-parto y durante los dos primeros años de vida del niño, son reconocidas actualmente por los diferentes abordajes terapéuticos, como de una gran eficacia terapéutica.

Esta eficacia se debe a la intensa metamorfosis psíquica que transforma a un adulto en padre y madre, apto para cuidar de un ser nuevo y desconocido, el bebe.

Los nuevos padres están obligados a aumentar su funcionamiento psíquico, a través de una producción acelerada de nuevas representaciones y nuevas significaciones, para asimilar a ese nuevo ser que es el bebe. Bebe de carne y hueso, con necesidades y exigencias múltiples y reales, y simultáneamente objeto algo extraño, que necesita ser comprendido para ser reconocido e integrado en la vida psíquica de los padres.

Todo este proceso, denominado *parentalidad*, es considerado una fase del desarrollo, que requiere una intensa adaptación psicobiológica y afectiva. Esta fase es particularmente difícil para la mujer, que soporta las transformaciones fisiológicas, que conducirán a las modificaciones de la representación de sí y de su imagen corporal. Es ella también quien se ira a ocupar del bebe, identificándose en esa función a su propia madre y reviviendo mas intensamente los conflictos de su infancia. Bibring (1) consideró esta fase como una psicopatología "normal" próxima a un funcionamiento psicótico.

Nuestras tradiciones culturales muestran un profundo conocimiento de las necesidades de la mujer en cuanto a las referencias maternas para criar. En el momento

¹ Artículo presentado en el Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría, en el Simposium "Psicoterapias con niños y adolescentes". Madrid, Septiembre, octubre de 2001

del parto y del post-parto estaban rodeadas por otras mujeres que se ocupaban totalmente de la joven madre y del recién nacido (2). Se formaba así un conjunto de cuidadoras, que maternalizaban tanto al bebé como a la madre y la ayudaban progresivamente a asumir su función maternal. Esta función, de enorme exigencia, de descodificar las necesidades urgentes del bebé, de las cuales depende la supervivencia del mismo, llevó a que Winnicott (3) describiera como una forma de locura la “preocupación maternal primaria”. Es este estado el que permite a la madre dar una respuesta adecuada a las constantes necesidades del bebé. Winnicott describe también la ambivalencia que una madre puede sentir por su bebé. Ambivalencia provocada por las incomodidades del embarazo, el sufrimiento del parto, las decepciones ante un bebé que no se parece en nada al imaginado y la confrontación con sus propias dificultades para cuidar de él.

Cramer y Palacio-Espasa (4) refieren un estado de “efusión proyectiva”, en el que los elementos del pasado de los padres (imágenes infantiles) y de su mundo intra psíquico son colocados en el niño. Este pasa a “parecerse” a la madre, al padre, o a uno de los hermanos de los propios padres. Esta atribución de semejanzas es habitual y ayuda a integrar al niño en el seno familiar. Pero si esta relación del progenitor con ese familiar fuera muy conflictiva, ese conflicto es reactualizado en la relación con el niño y vivida en interacción con él.

La interacción pasa así a estar perturbada y aparecen síntomas en el niño: alteraciones funcionales del sueño, de la alimentación e incluso de su desarrollo.

Pasamos a exponer un caso clínico que ilustra lo que hemos referido.

Caso Clínico

María tiene 22 meses; viene con su madre llamada Sofía. Entra sin mirarme y va directa a los juguetes. Mueve y remueve todos. Trae algunos encima de la mesa que está entre su madre y yo. Toma los rotuladores de colores, el papel, y hace unos garabatos. Mira todo, sin que nada le interese. Dice unos monosílabos que yo no entiendo. Vuelve a coger y a dejar los osos de peluche y la casita que está cerca. Nada parece motivarla o darle placer.

La madre dice que en casa es así, nunca se entretiene jugando. Ante el comentario de la madre, María toma una actitud enfadada y hostil. Tira los muñecos al suelo. La madre le manda cogerlos, ella no lo hace, se dirige a la puerta e indica que quiere salir. Ella entrará y saldrá varias veces de la consulta, sin dirigirse nunca a la madre.

La niña tiene bajo peso para su edad, por debajo del percentil 10. Come muy poco y también duerme poco.

La madre dice que la relación con su niña es muy difícil, que ella es obstinada como el padre. Sofía fue madre muy joven, a los 17 años. El padre de María la dejó cuando todavía estaba embarazada. Vivía con la abuela paterna y con su padre, con quien siempre vivió. La madre la abandonó cuando tenía 3 años y nunca la visitó. Reapareció hace poco tiempo queriendo relacionarse con ella, pero para ella es difícil, se siente enfadada. Más adelante dirá que su abuela dice que ella era como María. Siempre inquieta y dispuesta a hacer disparates.

INFORMES

En la sesión siguiente me dice que durante la semana se acordó mucho de su madre. Se sintió siempre enfadada con su madre. A veces pensaba que los problemas de su hija podían tener que ver con lo que pasó entre ella y su madre. Ella siempre se sintió distante de la hija. Siente que no es como una madre para su hija.

María, que está en el suelo intentando meter un oso de peluche dentro de la casa, se levanta, tira el oso a la madre y sale de la consulta.

En la sesión siguiente la madre viene con María de la mano. Dice que ha sido así durante toda la semana. María no la suelta. Tiene grandes berrinches, por todo y por nada, le dice a la madre “no te quiero” para después entre lágrimas ir y abrazarse a ella.

Su madre le llamó para saber de la nieta, le apeteció decirle que no era asunto suyo, pero le dijo que María estaba mejor.

Fueron a visitar a la abuela de Sofía, que encontró a María diferente, más alegre. Sofía sintió que la abuela la quería mucho y se acordó cómo siempre soporto sus enfados.

Esta aproximación de la hija no le desagrada, piensa que antes no se aproximaba porque estaba enfadada con ella: “a lo mejor hacíamos las dos la misma cosa” y sonrío.

A lo largo de las 4 sesiones siguientes, se produjeron grandes cambios en María. La alimentación y el sueño se normalizaron. El lenguaje se desarrolló. Llama con frecuencia a su madre en sus juegos. La madre dice que está descubriendo a María.

Algunas observaciones: sintomatología relevante de María: la alimentación y el sueño están alterados; así como el proceso de simbolización: no jugaba y casi no hablaba.

En esta terapia conjunta madre-niña se puede observar cómo la madre “ve” e “interpreta” a su hija y cómo ésta se organiza en función del sentido que la madre va dando a sus actos. En el juego de las identificaciones, primero le encuentra parecidos con el padre, que era obstinado, que sólo hacía lo que quería y que la abandonó embarazada. Las cosas malas del padre están ahora en la hija. Pero después habla de ella misma, la abuela le dice que ella era igual de inquieta y desobediente que su hija.

Al verse en su hija, Sofía pasa de una posición proyectiva “ella no me obedece, ella me provoca” a una posición más introyectiva, en la cual se cuestiona “de todas formas yo también era así”. Al decir que María no come, “parece odiar la comida” y no duerme, constata su incapacidad maternal para cuidar de la hija y muestra que no se siente una buena madre. Todo este proceso de asociar recuerdos y emociones con situaciones y actitudes vividas en este momento, exige esfuerzo y provoca sufrimiento psíquico. El catalizador es la niña que al ser “vista” de forma diferente, se libera y cambia su comportamiento interactivo. Los rápidos cambios de la niña ayudan a la madre a continuar.

Sofía aborda su separación con relación a la hija, “nunca me sentí muy próxima, nunca me sentí una madre para mi hija”. Repetición de la separación que marcó la relación de Sofía con su madre. Sofía al identificarse con su madre distante, ayudó sin darse

cuenta a ese rechazo con su hija. Al evocar a la abuela se dio cuenta de cuántos cuidados le había dado, lo que tuvo una función reparadora en su imagen de niña abandonada. El regreso de la madre hizo nacer una esperanza de bienestar, tal vez una armonía entre abuela, hija y nieta.

Algunas conclusiones:

Y María, ahora fuera del sistema proyectivo, materno puede empezar a existir como sujeto.

En la primera infancia la mayoría de los síntomas derivan de las perturbaciones interrelacionales, determinadas por la dinámica del funcionamiento psíquico parental sobre el niño y su colocación en forma interactiva.

Las terapias madre-niño provocan importantes modificaciones en las representaciones de la madre, en los síntomas y en los modos interactivos. El papel del terapeuta es de dar sentido a lo que es dicho por la madre, lo observado en la interacción y de enunciarlo, lo que permitirá el cambio. La rapidez de las transformaciones se debe a la movilidad psíquica en el post-parto y en los primeros tiempos de vida del niño.

La llegada de un hijo es uno de los momentos más importantes de la vida, que contienen un enorme potencial madurativo y regenerador. Este deberá ser aprovechado por nuestros sistemas de salud. Los servicios de Obstetricia y Pediatría deben funcionar conjuntamente con los servicios de Salud Mental. Los periodos de embarazo y de los primeros tiempos de vida del niño ya están ampliamente medicalizados, por lo que es imperativo la adición de la vertiente psicológica.

Las intervenciones terapéuticas precoces son una forma eficaz de prevención de futuras patologías mentales (5).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bibring, G. L. “Some considerations on the psychological processus in pregnancy”. *Psychoanalytic study of the child*, 1959, 14: 113 - 123.
- (2) Joaquim, T. *Dar à luz*, Lisboa. Publicações D. Quixote, 1983.
- (3) Winnicott, D. W. “La preoccupation maternelle primaire”. In *De la pediatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- (4) Cramer, B.; Palacio-Espasa, F. *La pratique du psychothérapies mères-bébés: études clinique et techniques*, Paris, PUF, 1993.
- (5) Fonagy, P. “Prevention, The appropriate target of Infant Psychotherapy”. *Infant Mental Health Journal*, 1998, vol 19 (2), 124 - 150.

*Paidopsiquiatra

PUERI – Associação para a Promoção da Saúde Mental da Criança e do Jovem – Av. Conde Valbom nº2-1º Esq. 1000-109 Lisboa

e-mail: med00029@ordemmedicos.pt

Fecha de recepción: 19-02-02