

# *El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?*<sup>1</sup>

Pascual Palau Subiela<sup>2</sup>

## Resumen.

En éste artículo el autor reflexiona sobre los posibles efectos neurobiológicos derivados de la utilización de unos mecanismos psíquicos antitraumáticos, que el bebé puede utilizar al poco de nacer, ante una experiencia de sufrimiento emocional.

Después de exponer un caso clínico, señala la posibilidad que existe de revertir dichos procesos psíquicos mediante la intervención psicoterapéutica conjunta bebé-madre-padre. Desde ésa premisa señala la necesidad de incluir la atención psicoterapéutica padre-madre-bebé/niño en las patologías del espectro autístico y en las patologías psicosomáticas que se presentan en los bebés y en los niños pequeños.

## Palabras clave:

Neurobiología, psicosomática, autismo, psicoterapia conjunta padre-madre-bebé, plasticidad neuronal, defensas antitraumáticas, sufrimiento emocional, interacción.

## **Introducción.**

Creo que resulta importante señalar que las reflexiones teórico-clínicas que se desarrollan en ésta conferencia pertenecen a los trabajos de investigación producidos en las intervenciones psicoterapéuticas que buscan tratar la patología psicosomática precoz del bebé, así como las primeras manifestaciones del funcionamiento autístico.

La comprensión del mundo intrapsíquico e intersubjetivo, emanada de la clínica psicosomática que voy a presentar, aplicada en un contexto hospitalario que requiere de una implicación pluridisciplinar de su personal sanitario, se ha generado a lo largo de años de experiencia clínica sin que el modelo neurocientífico estuviera presente en

---

<sup>1</sup> Conferencia ofrecida en la Facultad de Psicología de Valencia el 15 de febrero de 2007. Organizada por el Dr. Fernando Martínez Profesor de Facultad de Biología para el Seminario doctoral de neurociencias de la Facultad de Biología de la Universidad de Valencia, con la colaboración de ASMI, WAIMH España.

<sup>2</sup> Psicólogo clínico, Psicosomatólogo de bebés y niños. Miembro formador del IPSO de Paris. Consultor tratante de patología psicosomática de bebés y niños del Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto.

el modo de analizar y construir hipótesis sobre la actividad de los procesos intrapsíquicos comprometidos en la interacción interpersonal del bebé con su madre y su padre.

Esta aclaración tiene su importancia a la hora de intentar articular las observaciones emanadas de la clínica de la interacción temprana madre-padre-bebé y del campo de las neurociencias.

Mi descubrimiento, relativamente reciente, de las investigaciones que se producen en el campo de las neurociencias ha producido en mí una doble convicción: la complementariedad de unas investigaciones que se producen entre los especialistas apasionados en ir desvelando los secretos de la vida cerebral y aquellos que se ocupan de la vida mental y la necesidad, obvia, de seguir construyendo vías de comunicación entre ambos.

Es necesario comprender los procesos intrapsíquicos que el bebé despliega al nacer y contemplarlos desde su experiencia intersubjetiva, puesto que su llegada al mundo extrauterino permite observarle en el contexto de una interacción emocional compleja en la que tiene que lidiar con experiencias psíquicas generadas entre él y otros.

Saber porqué sufre el bebé, qué experiencias emanadas de la interacción lo afectan, de qué modo y con qué sensibilidad percibe y con qué recursos psíquicos se encuentra dotado en los primeros tiempos de su vida, resulta indispensable para equiparnos con un modelo de comprensión teórico-clínico dinámico y vivo, dispuesto a experimentar tantas reformulaciones como el caso individual lo requiera. Un modelo que nos permita pensar sobre las experiencias tempranas dotando de sentido al sujeto sensible que disfruta ó sufre en su mente y en sus carnes mientras convive.

¿Cómo afecta al funcionamiento cerebral la utilización muy precoz de procesos psíquicos antitraumáticos que buscan erradicar de la percepción la experiencia psíquica dolorosa que no se puede metabolizar y que tiene su origen en la interacción bebé-madre-padre?

### **Las neurociencias.**

El sistema de las neuronas espejo<sup>3</sup>.

En el año 1996, un equipo de neurocientíficos italianos liderados por el neurólogo Giacomo Rizzolatti, publicaron los resultados de unas investigaciones en las que se planteaba que el cerebro del mono contiene una clase especial de células, llamadas neuronas espejo, que se activan cuando el animal ve u oye una acción y cuando el animal realiza la misma acción por cuenta propia.

---

<sup>3</sup> Se trata de un resumen del artículo de Vittorio Gallese: La mise en phase intentionnelle. Le système miroir et son rôle dans les relations interpersonnelles. Traducción del original en inglés por Anne-Marie Varigault. Artículo del año 2006.

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

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

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

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

Para Vittorio Gallese<sup>4</sup>, los sistemas de neuronas espejo constituyen las bases neuronales de la simulación integrada, el mecanismo que estaría en la base de la puesta en consonancia intencional.

En 1996 se proponía que la observación de la acción podría causar en el observador la activación automática del mismo mecanismo neuronal desencadenado por la ejecución de la acción y que ese mecanismo fuera la base de una forma directa de comprensión de la acción. Estudios ulteriores parecen haber corroborado la hipótesis.

Cuando una acción dada es planificada, consecuencias motrices esperadas son previstas. El modelo de la acción puede también ser utilizado para predecir las consecuencias de acciones cumplidas por otros. Percibir una acción es equivalente a simularla interiormente. Esto permite al observador utilizar sus propios recursos para penetrar de manera experiencial el mundo de los demás a través de un proceso de simulación directa, automática e inconsciente.

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

Vittorio Gallese emplea la expresión "simulación integrada" en tanto que mecanismo funcional automático, inconsciente y pre-reflexivo. Por consecuencia la simulación tal como es concebida por él, no es necesariamente el resultado de un esfuerzo cognitivo deseado y consciente, que tienda hacia la interpretación de las intenciones ocultas en el

---

<sup>4</sup> Vittorio Gallese, investigador del Departamento de Neurociencias de la Universidad de Parma (Italia).

comportamiento evidente de los demás, sino más bien un mecanismo funcional básico de nuestro cerebro que es activo desde el nacimiento.

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

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

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

La capacidad para concebir sin esfuerzo (la experiencia de) los cuerpos que habitan nuestro mundo social, como personas orientadas hacia metas como nosotros, depende de la constitución de un espacio interpersonal, significante y compartido que a un nivel funcional se denomina simulación integrada. Se trataría de un mecanismo específico que constituye un rasgo funcional básico mediante el cual nuestro sistema cerebro/cuerpo modeliza sus interacciones con el mundo.

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

**Esto no es sin embargo** válido para el conjunto nuestros recursos cognitivos sociales. Las capacidades de interpretación más sofisticadas de nuestra mente requieren probablemente de la activación de amplias regiones de nuestro cerebro. Las mismas acciones realizadas en otros contextos diferentes pueden llevar al observador a interpretaciones radicalmente diferentes. En consecuencia los estímulos sociales son también comprendidos sobre la base de la elaboración cognitiva explícita de sus aspectos contextuales y de una información anterior.

**La cuestión es que estos dos mecanismos no son mutuamente exclusivos.** La simulación integrada está basada sobre la experiencia, mientras que el segundo mecanismo es una descripción cognitiva de un estado externo de cosas. La simulación integrada constituye la base a las actitudes de interpretación de la mente propositiva, más sofisticadas sobre el plano cognitivo. Cuando el primer mecanismo no está presente ó funcional mal, como podría ser en el autismo, el segundo no puede ofrecer

más que un resultado pobre e indiferente de las experiencias sociales de los demás.

Al abordar la implicación psicopatológica de la consonancia intencional<sup>5</sup>, Gallese se refiere al trastorno del espectro autístico como un mal funcionamiento de la simulación encarnada.

Sobre el final del primer año de vida, el niño afectado es incapaz de compartir, adecuadamente, la atención con otro y es incapaz de reaccionar de manera adecuada a las emociones de otro. Tiene una gran dificultad en reconocerse en el rostro humano ó en desarrollar un comportamiento imitativo. Todas estas manifestaciones del autismo tienen una raíz común: la habilidad cognitiva (richieste) para establecer un lazo significativo con otro está ausente ó gravemente dañado.

La hipótesis de Vittorio Gallese es que éste déficit, como el observado en el Síndrome de Asperger<sup>6</sup>, debe de ser atribuido a un déficit ó malfuncionamiento del mecanismo de la “simulación encarnata” ó “consonancia intencional” a su vez producto de una disfunción del sistema de neuronas espejo, que produce el malfuncionamiento de la regulación emocional/afectiva.

### **La psicósomática.**

Lo que se observa en éste campo:

En 1963 P. Marty, Ch. David y M. de M'Uzan publican los resultados de sus investigaciones clínicas con enfermos somáticos con el título “La investigación psicósomática”. Se trata de un estudio que intenta aportar luz a las condiciones psicológicas relacionadas con el enfermar somático. Consideran que la patología somática funcional ó lesional forma parte, en igualdad de condiciones que la patología psíquica, del vasto conjunto de la patología general.

Aquel estudio, tan estimulante para la investigación posterior y la constitución de la Escuela de Psicósomática de Paris, desvela que el perfil del sujeto con mayor vulnerabilidad psicósomática se presenta como el de una persona aparentemente bien adaptada socialmente que en su relación con el investigador no deja que se manifieste ninguna manifestación afectiva y ningún deseo.

Para éste sujeto todo va bien, a pesar de las dificultades ó los dramas que revela su historia. Su vida mental consciente, sea cual sea su nivel intelectual ó cultural parece cortada de las fuentes vivas del inconsciente y reducida a lo factual, a lo actual, con un pensamiento pragmático calificado de operatorio. Su vida onírica es pobre,

---

<sup>5</sup> Artículo: “La consonanza intencionale: Una prospettiva neurofisiológica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile, publicado en 2006 in corso di stampa dice sobre el autismo:

<sup>6</sup> Síndrome sin retraso del desarrollo cognitivo y sobre todo del lenguaje

traduciendo el bloqueo de la actividad fantasmática y de los investimentos libidinales y agresivos que limitan el valor funcional de la actividad mental.

A partir de la descripción de la Vida Operatoria de la Escuela de Paris, surgirá en EEUU el desarrollo de una Escala que intentará evaluar el grado de Alexitimia. El termino alexitimia del griego alfa (privativo), lexis (palabra) y timos (humor) fue acuñado en 1972 por Sifneos para designar las dificultades para expresar verbalmente las emociones, comúnmente observadas en los pacientes con mayor vulnerabilidad psicósomática.

Según Sifneos la marcada dificultad para describir los sentimientos y una ausencia ó una reducción de la vida fantasmática son el resultado de una disfunción neurofisiológica.

Concepción bien distinta a la que emana de la Escuela de Psicósomática de Paris, para quien se trata de un disfuncionamiento producido por la utilización muy precoz de procesos intrapsíquicos de defensa que, con una finalidad adaptativa, se originan en el contexto de la experiencia emocional interactiva entre bebé-madre-padre.

Para la Escuela de Paris la posibilidad de revertir estos procesos psíquicos queda bien contemplada si se produce una intervención psicoterapéutica temprana.

### **La clínica psicósomática en el bebé.**

Pero veamos ahora un caso de un bebé<sup>7</sup> afectado de un grave trastorno alimentario debido al sufrimiento emocional que experimenta en la interacción con una madre y un padre en apuros.

Tratado en un ámbito hospitalario este caso pertenece a las patologías seriamente comprometidas por una etiología psicósomática, cuya gravedad exige un esfuerzo psicoterapéutico y de equipo muy superior a lo habitual.

La madre de Ana es una buena madre, como todas la madres que cuidan lo mejor que pueden y saben a sus bebés. Pero ser una buena madre no es incompatible con ser una madre que padece una depresión post-parto ó un estado de sufrimiento derivado de una experiencia traumática, como es el caso de la madre de Ana.

---

<sup>7</sup> Caso publicado en la Revista de Psicoterapia y Psicósomática del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica. Titulo: "Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno", Nº 62 de mayo de 2006. Texto reformulado en la ponencia ofrecida en febrero de 2008 en la Jornada Científica de la AGEPSO en Ginebra.

Varios factores se sumaron para generar en ella un estado de intenso sufrimiento emocional ante el que ella se defendía procurando no quejarse para no expresarlo y no molestar.

Una gestación difícil, un pasado infantil marcado por una interacción temprana dolorosa y una situación de pareja que la ha llevado a sentirse muy sola ante el intenso sufrimiento acumulado en la gestación.

### **Primeras manifestaciones del trastorno.**

Cuando Ana tenía 15 días, dos días antes de quedar hospitalizada en neonatología, comenzó a vomitar con fuerza todas las tomas poco después de haberlas ingerido.

Desde que nació y hasta ese momento había tomado muy bien. Un contagio viral fue el motivo, inicialmente contemplado por pediatría, para explicar los vómitos. Después de varios días con una dieta, los vómitos se intensificaron y fue ingresada.

A los 5 días del ingreso, después de un rechazo intenso con regurgitaciones y frecuentes vómitos, va reinstalándose su tolerancia a alimentarse aunque *la hipersomnia, presente desde el primer día, persiste y resulta llamativa.*

El comentario de la enfermera que lo atendió hasta ése día fue: *“la niña se dormía mucho. Empezó vomitando y después se dormía; le obligábamos, no quería de toma a toma, y si no lo obligábamos no pedía”.*

En el 6º día al comenzar a darle la madre toma bien el primer biberón aunque las siguientes tomas las vomita todas y está muy dormido por la noche. Al día siguiente se acaba los biberones pero después los vomita con leche sin digerir. Por la noche tolera y se acaba el biberón.

8º día, *pasa a la cuna de la habitación individual con la presencia, constante ya, de la madre:* Ese día está muy intranquila al llegar la tarde y por la noche se pone a llorar intensamente, vomitando todas las tomas que se le ofrecen. El pediatra de guardia acude y practica suaves masajes en el vientre para intentar aliviar lo que piensa puede ser un intenso dolor por cólico del lactante. Este llanto permanece hasta las 3 de la madrugada cuando, agotado, deja de llorar y se duerme profundamente. La toma de las 6 del día siguiente, que le ofrece una enfermera, la tolera bien, dormida.

En el 9º día tolera los biberones que le administra la madre aunque se la observa de nuevo muy dormida. Esa noche está muy intranquila y llorona y vomita dos biberones. Tras los vómitos se niega a seguir.

En resumen vemos que, tras un primer cuadro de intensos vómitos, desaparece el hambre y se instala una intensa hipersomnia que señala un proceso depresógeno muy precoz.

Se trata de un movimiento de repliegue antitraumático que afecta, simultáneamente, al investimento pulsional de las percepciones de afectos procedentes del objeto materno

y a aquellas funciones y estímulos procedentes del propio cuerpo.

También podemos observar cómo el reencuentro con la madre, a cargo de quién el va a quedar a partir del 8º día de ingreso, produce intensos trastornos que se expresan con una intensa *reactivación del vómito, un llanto inconsolable, significativo de mucho dolor y un comportamiento muy agitado en el dormir que contrasta con el comportamiento adaptado y dócil de la vigilia y de las noches anteriores. Trastornos, todos, producidos por la experiencia de reexposición ante la recepción de contenidos emocionales traumatógenos, procedentes del objeto materno.*

Los mecanismos de defensa que busquen, en ésta época, la desactivación de la experiencia interactiva traumática con el objeto y el ser propio, producirán un desahucio de la experiencia afectiva compartida y del marco de la temporalidad mediante el que el sujeto puede desarrollar su experiencia de continuidad, comprometiendo la instauración del narcisismo primario, ligado al sentimiento del sujeto de ser él mismo a lo largo de un determinado tiempo<sup>8</sup>.

Después de un periodo de intenso trabajo psicoterapéutico con la triada, la niña se encuentra comiendo tan bien como en los primeros 15 días después de nacer y se recomienda el alta.

Pero el mismo día en el que se anuncia a la madre que al día siguiente pueden marcharse, la niña comienza con regurgitaciones.

El equilibrio emocional parental, especialmente el de la madre, es tan delicado que no ha soportado vivirse reexpuesta a las condiciones y a los recuerdos, angustiosos generadores de desorganización psíquica, con los que se ha reencontrado al regresar a casa. Al cabo de unos días de encontrarse en casa la niña vuelve a vomitar, rechazar la alimentación y se reinicia la hipersomnía.

El niño percibe, rápidamente, la emoción interna y angustiada de su madre.

Ésta alta capacidad para percibir se produce desde el nacimiento, aunque es unos días más tarde cuando se produce una respuesta más organizada por un psiquismo capaz de dotar de una significación más precisa a las emociones procedentes de la madre.

Cuando al día siguiente del ingreso, comunicamos a la madre que debemos de tratar ciertos dolores emocionales e inquietudes ésta me dice, sorprendida y contrariada, que está procurando olvidarse de todo ello y que lo consigue no pensándolo.

**La dificultad para mantener nuestro criterio** de intervención, está ligada a la incredulidad que genera en los padres la comunicación de que puede existir un nexo



directo entre el trastorno manifestado por el bebé y el estado emocional de ellos y en particular el de la madre.

Es, especialmente necesario ayudar a la madre a entender la existencia superpuesta en ella, de dos niveles de experiencia emocional:

- Por una parte la manifestación consciente y persuasiva de las ganas de irse a casa.
- Y por otra, unos contenidos intrapsíquicos, generadores de un estado emocional angustiado *que la desbordan silenciosamente* produciendo una alta reactividad en el bebé.

Esta comunicación va a repercutir en las creencias que la madre tiene sobre lo que sucede entre ella y su bebé al que ella considera hasta ahora incapaz de percibir aquellos sentimientos que ella procura suprimir para que no se noten.

¿Cómo, un bebé que pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, que no ha llorado casi nunca, puede estar sintiendo y padeciendo en sus carnes y en su psiquismo inmaduro algo que ella logra dejar de percibir en sí-misma a fuerza de no pensarlo?

Este ser, tan aparentemente pasivo y dependiente, se convierte de pronto, en un testigo directo muy sensible y activo que denuncia, mediante trastornos muy variados, la existencia de un mundo emocional en los padres que no puede asimilar.

Rescatar y poner nombre al sufrimiento que circula entre la madre y el bebé ó entre los tres, permite cuidar la salud del bebé y de la madre, así como instaurar una simbiosis de mejor calidad entre ambos.

Al ayudar a la madre a entender que la alteración psicósomática de su bebé expresa un malestar emocional, éste se convierte, para ella, en copartícipe de una intencionalidad interactiva.

*Después de unos días de ingreso recomiendo a la madre que, en algunos momentos, vuelva sola a su casa, para observar cuidadosamente las sensaciones, sentimientos y pensamientos que experimenta allí. De éste momento podrá ir descubriendo el contenido de las emociones que la desbordan y podremos ir tratándolas en las sesiones psicoterapéuticas en las que también participan el padre y el bebé.*

### **El equipo.**

A los beneficios de la psicoterapia se añade el efecto de arropamiento y contención que el equipo le dispensa, desde un investimento tierno y maternal, para rescatar a la diada madre-bebé de un momento traumatógeno. Todos esperamos reconstruir una modalidad relacional más lúdica y tierna entre la madre y su bebé.

En esos días, de forma espontánea, algunas enfermeras y auxiliares charlan con ella, le hablan de sus propias dificultades como madres, le preparan infusiones de hierbas, la

miman. La madre se siente muy agradecida y relaciona, espontáneamente, la incipiente mejoría en la aparición de las ganas de dormir, con las atenciones recibidas de parte de un equipo que se comporta como una madre cálida y afectuosa con ella:

Ése acercamiento ayuda a rescatarla de la vivencia de angustia-desamparo que ha venido experimentando desde un año atrás.

Se trata de una labor que le permite sentirse investida afectivamente y fomentar en ella una reanimación del proceso de reinvestimento libidinal de su narcisismo primario con el resultado de un reinvestimento tierno de su propia hija.

Junto a la aparición de unas ganas de dormir en la madre y a una disminución de la supresión emocional se produce un aumento de las ganas de comer en el bebé y de estar más tiempo despierto.

### **La falta de llanto.**

Como ha ocurrido en otras ocasiones, con otros niños en situaciones similares, es en presencia del tercero, *dispuesto a permitirles llorar*, cuando rompen en llanto. Hasta ése momento han suprimido su expresión.

Ana no ha podido llorar a solas con su madre ya que la reacción que se produce en ésta es, desde muy temprano, especialmente temida. La madre puede volverse aún más "dolorosa", aumentar su posición de sufridora y simultáneamente aumentar en ella la violencia de la que el bebé se defenderá con una supresión del hambre y de la percepción de sus emociones, que puede conducirla a poner en riesgo su vida.

### **La defensa del bebé.**

Expuesta a una interacción traumatógena, Ana se defiende con unos mecanismos psíquicos con los que busca protegerse del dolor afectivo y de la evidencia de desvalimiento.

Estos mecanismos la llevan poco a poco y de manera aparentemente inexorable, sin ayuda especializada, hacia una supresión total del apetito.

El rechazo progresivo que se inicia frecuentemente con vómitos, sigue paulatinamente con una disminución del apetito y con un mayor rechazo hacia la percepción del biberón y del alimento a los que inviste como fuente de lo traumatógeno.

A esto le seguirán, si tiene capacidad física, claros movimientos de manos y brazos rechazando con desazón y enfado al brazo alimentador y al cuerpo de la madre en el momento de la toma.

Junto a este proceso se manifiestan otros como, evitar la mirada de la madre, rechazo de acurrucarse en el regazo, regurgitaciones, eliminación de la leche por la comisura de los labios a medida que entra en la boca, detención del proceso digestivo con, horas más tarde, vómito de la leche sin digerir y una progresiva y honda tristeza que hace su

aparición de manera muy evidente en la segunda semana.

Al cabo de unos ocho o diez días, tanto su rostro como su cuerpo expresan un estado de intensa depresión.

La mirada es extraordinariamente triste, sus ojos ojerosos se encuentran claramente hundidos y su mirada es fría y vacía. La rigidez de su mirada, de la que se desprenden sonrisas cuando son solicitadas por mí ó por la madre, expresa un estado de hundimiento y auto abandono.

Sin placer, los movimientos, tensos y excitados pasan, de pronto, a la posición de un cuerpo desplomado sobre la sillita. Así pues la respuesta sonriente y agitada que emite cuando es solicitada o cuando busca despertar la atención de su entorno, contrasta con el vacío de alegría, placer y vitalidad sosegada.

### **¿Qué es lo que produce inasimilación, rechazo y desamparo en este bebé?**

**La intensa pérdida de ternura<sup>9</sup> de una madre atrapada en un movimiento defensivo, de supresión masiva de sus afectos,** desde el que intenta protegerse del desbordamiento de las vivencias de intenso dolor psíquico que conmocionan su ser más profundo.

Este movimiento, que busca suprimir la percepción de la angustia vital en ella, genera varios efectos en el bebé:

El **primero** tiene que ver con su percepción de la abrumadora angustia y violencia interna de la madre que llega golpeando de pleno su alta sensibilidad receptiva, colocándolo en una situación de colapso psíquico.

El **segundo** tiene que ver con la percepción de un doble movimiento emocional del objeto materno que se produce, simultáneamente, en dos direcciones contrapuestas: por un lado la madre tiende al sobre apego y por otro al distanciamiento afectivo. Doble movimiento contradictorio que también impacta en la sensibilidad del bebé.

El **tercero** tiene que ver con la actividad supresora que la madre desarrolla, de aquellas manifestaciones sonoras y gestuales, espontáneas y subjetivantes, que el bebé despliega para expresar su individualidad emocional en busca de un objeto empático con el que compartir su **identidad emocional primaria** y co-narrar su experiencia dolorosa de vida.

Expuesto a un desinvertimiento afectivo masivo al que, desde muy temprano, el bebé reacciona con un procedimiento psíquico que busca su independencia emocional por la vía de la prematuridad yoica, para evitar la experiencia dolorosa de su pérdida.

Estos procesos tempranos, de rechazo a la alimentación, y a la representación primitiva del objeto, llevan en última instancia al bebé, a una *agonía silenciosa* ligada a la experiencia de desamparo derivada del proceso de desarraigo de sus procesos invistientes, tanto del objeto como del yo-cuerpo.

---

<sup>9</sup> Retracción que acompaña al movimiento de desobjetalización.

*El rechazo a alimentarse y el vómito buscan suprimir la experiencia de contacto con el contenido material, representante del contenido psíquico inasimilable, en un tiempo en el que aún no puede entrar en juego el desplazamiento fóbico sobre la figura del extraño. En esta situación en la que se intenta preservar la vida psíquica, protegiéndola de los contenidos psíquicos "tóxicos" provenientes del objeto, se pone en riesgo la auto-conservación somática.*

El movimiento defensivo, temprano, de expulsión del alimento, se produce de forma simultánea al de expulsión de la experiencia emocional con un objeto constituyente de la "vivencia de completud yoica". Expulsión que expone, por tanto, al yo a una renuncia desgarradora de su experiencia de ser.

El movimiento de reclamo, posterior a la separación en la alimentación, permite deducir que en el estado anterior, de contacto continuo con la madre, existía una desconexión de sus apetencias hacia ésta.

Esta situación, de retirada masiva de investiduras buscadoras del mundo emocional de la madre deja al bebé a merced de un estado de profundo desamparo-primitivo de naturaleza depresiva esencial<sup>10</sup>.

La expresión "*dejarse morir con la sonrisa en la boca*", resumiría la paradoja que nos desorienta a la hora de detectar a un bebé atrapado en una situación traumática, de éstas características.

Al ser examinado en el momento del ingreso o en las visitas rutinarias, incluso, cuando ha alcanzado un nivel de franca gravedad depresiva, el bebé mantiene la cordialidad, la interacción, la respuesta sonriente e incluso juguetona hacia su interlocutor.

En los momentos de mayor depresión podemos encontrarnos con una mirada hundida por una gran tristeza muy visible junto a un comportamiento que conserva una capacidad de responder con sonrisa a nuestras solicitudes o a las de los padres. Por debajo de este comportamiento aparentemente alegre y reactivo, existe un drama emocional del cual el bebé se defiende suprimiendo a toda costa su percepción emocional intrapsíquica y el afloramiento de ésta a la conciencia.

Esto que es tan paradójico, confunde a la hora de explorar e investigar los indicios semiológicos de posible sufrimiento emocional en el bebé.

Debajo de esta apariencia de niño risueño y cordial, que responde a las solicitudes, tenemos un drama oculto que se manifiesta, entre otros indicios, a través de ese rechazo progresivo de la alimentación y de la alteración del dormir.

La tragedia que se produce en torno a estos mecanismos de defensa, que buscan

---

<sup>10</sup> Proceso depresivo en forma de renuncia y por tanto pérdida de la presión pulsional invistiente de las huellas emocionales y sensoriales, correspondientes a una modalidad de conexión con el mundo emocional materno.

desconectar al bebé de la experiencia violenta de angustia-pánico, ligada a lo traumático, es que estos le impiden experimentar la doble pérdida a la que se vive expuesto:

Por un lado, la pérdida del objeto libidinal, y por otro la de su interioridad emocional, de la cual queda cortado generándose, silenciosamente, un sentimiento de desamparo-desarraigo, profundo, de su propia vitalidad que deja de abastecer su experiencia de ser. Pérdidas dolorosas que no puede llorar.

Llorar con el extraño el desconsuelo, la violencia y el pánico, permite desarrollar la experiencia de recuperar su sentimiento de ser y junto a él, las ganas de recuperarse a sí mismo y de recuperar al objeto ligado narcisísticamente al propio yo.

Por una parte, intenta dejar de percibir el dolor que genera el objeto traumatógeno mientras, por otra, sigue manteniendo vivo el interés por el objeto ligado a su propia supervivencia.

En Ana, el llanto-dolor de los primeros tiempos, al salir de neonatología y reencontrarse con su madre, quedará reemplazado por la auto-desconexión de su percepción de las fuentes de su sensibilidad interna.

Esta experiencia temprana traumatógena va a generar en el bebé una *precocidad perceptiva* y un *estado interno de hipersensibilidad emocional muy reactivo* en el que la angustia del objeto materno va a resonar de una forma tan inevitable como inasimilable, produciendo en él una temprana vulnerabilidad psicosomática derivada de su extrema sensibilidad receptiva.

Así pues, aunque el niño desarrolle procesos defensivos de carácter y de comportamiento, entre otros, para evitar vivirse golpeado por el sufrimiento y la amargura, *no dejará sin embargo de permanecer conectado de manera directa en éste nivel primitivo de percepción de los afectos y de sufrir somáticamente las fluctuaciones emocionales maternas inasimilables.*

El esfuerzo por rescatar y reanimar psíquicamente al bebé, en estos primeros tiempos de la vida, busca asegurar su supervivencia física y evitar que cristalice la inercia a reutilizar los mecanismos antitraumáticos.

### **Pueden afectar neurológicamente estos mecanismos de defensa intrapsíquicos tan tempranos?**

Me pregunto por el grado en el que la actividad deficitaria de las neuronas espejo, implicadas en la simulación encarnada, pueda verse condicionada por una sobre-activación muy temprana de mecanismos intrapsíquicos cercanos a los de desconexión de la percepción de las emociones, de las sensaciones y de supresión de la expresividad, paradigmáticos de la patología psicosomática muy temprana.

En la medida en que los neurocientíficos observan una hipoactividad de ciertas zonas de neuronas espejo ligadas a una dificultad para la simulación encarnada ó identificación emocional con los sentimientos del otro en ciertas patologías como el Síndrome de Asperger, cabe preguntarse si dicha dificultad neurobiológica guarda alguna relación con los pacientes que, según el modelo de Pierre Marty, desarrollan una vida operatoria.

Los conocimientos que tenemos sobre las intervenciones clínicas muy tempranas en la patología psicósomática del bebé, nos permiten observar una reversibilidad de estos mecanismos antitraumáticos que, de permanecer, pueden desembocar en la patología del vacío<sup>11</sup>.

Sin menoscabo de los conocimientos derivados de la compleja investigación pluridisciplinaria que se desarrolla en torno al autismo, propongo reflexionar sobre la hipótesis de que al igual que en la patología psicósomática temprana existen mecanismos psíquicos antitraumáticos muy precoces que pueden desembocar en la patología del vacío<sup>12</sup>, también puedan existir mecanismos intrapsíquicos de defensa muy tempranos y más radicales en los niños afectados de autismo.

Pero veamos ahora, brevemente, si algunos de los conocimientos neurocientíficos que la concepción de la Plasticidad Neuronal ha aportado recientemente, nos ayudan a esclarecer si resulta verosímil la hipótesis formulada anteriormente sobre la posible afectación neurológica producida por la activación precoz de los mecanismos psíquicos antitraumáticos.

### **La plasticidad neuronal.**

Sintetizaré ahora algunos conocimientos extraídos del libro de François Ansermet y Pierre Magistretti<sup>13</sup>.

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

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

---

<sup>11</sup> Ver los trabajos de León Kreisler sobre la depresión blanca o la neurosis del comportamiento vacío.

<sup>13</sup> A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Editorial Katz 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El concepto de plasticidad lleva a imaginar una integración compleja entre una determinación genética y una determinación ambiental o psíquica. El genotipo de un lado, y la experiencia o el acontecimiento, del otro, constituyen dos dimensiones heterogéneas de la plasticidad. La plasticidad íntegra genoma y ambiente en un mismo nivel lógico, habilitando con una nueva mirada sobre la etiología en la patogénesis de las enfermedades psíquicas, más allá del reduccionismo que implica la oposición habitual entre lo orgánico y lo psíquico.

Las enfermedades monogénicas representan tan sólo entre el 2% de las afecciones observadas. Actualmente se supone que diferentes genes están implicados en la aparición de una enfermedad psiquiátrica o, más exactamente, en la susceptibilidad para la enfermedad.

Según éste enfoque, la aparición de una enfermedad dependería, entonces, de una interacción entre genotipo y medio ambiente.

Dos determinismos paralelos, aunque diferentes, están presentes: un determinismo genético, o más bien poligenético, y un determinismo ambiental o psíquico; ambos forman parte del cerebro de la plasticidad.

La determinación genética no sería mayor que la determinación ambiental o psíquica; por el contrario, son dos determinaciones cuya articulación debe ser pensada a través del fenómeno de la plasticidad.

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

La propiedad que dicha plasticidad neuronal confiere a nuestro cerebro es la de registrar de forma durable en los circuitos neuronales las informaciones provenientes de nuestro entorno, y permitir que las experiencias vividas por cada individuo dejen una huella en los circuitos neuronales, especialmente lo que las neurociencia contemporáneas llaman la memoria emocional.

Los mecanismos de plasticidad que ocupan a estos investigadores se centran en torno a los contactos entre las neuronas, allí donde intercambian las informaciones. Esa zona de contacto entre las neuronas se llama sinapsis. Cada neurona recibe aproximadamente 10.000 sinapsis que provienen de otras neuronas. Esto da un total de 1000 billones de puntos de contacto en los que la información entre las neuronas puede ser transmitida. La información que se trasmite de una neurona a otra, en cada uno de estos puntos de contacto (sinapsis), varía a lo largo de la vida en función de la experiencia.



Una sinapsis es el sitio de la transferencia de información entre las neuronas, y dicha transferencia nunca es de naturaleza binaria ni de intensidad constante; por el contrario es altamente modulable.

Los mecanismos de regulación permiten establecer las condiciones de la plasticidad por modificaciones durables de la eficacia sináptica, asociadas con los procesos de aprendizaje y de memoria y, por tanto, con la constitución de una huella en la red neuronal. Por una parte, el cerebro posee mecanismos que permiten percibir el mundo exterior y otros mecanismos que llevan a inscribir dichas percepciones en la red neuronal y a conformar los recuerdos.

Estímulos procedentes del mundo exterior dejan una huella en la red neuronal bajo la forma de una modificación de la eficacia sináptica. Parece totalmente justificado hablar de huella, no sólo en términos de mecanismos moleculares, sino también de huella dejada por la experiencia a nivel de la propia estructura de la sinapsis. Se puede producir tanto un aumento como una disminución de la eficacia de la transferencia de información a la sinapsis y se puede hablar de una plasticidad de la expresión de los genes.

### **Conclusión y propuesta.**

La relación que existiría entre la experiencia emocional interactiva, de sufrimiento, y el desarrollo de mecanismos psíquicos antitraumáticos, muy tempranos, capaces de producir alguna afectación neurobiológica ó epigenética, parece ser una hipótesis sostenible para la investigación, a la luz de los resultados de la clínica psicopatológica del bebé y de las neurociencias.

Aunque también resulta evidente, desde la luz que nos procuran las intervenciones psicoterapéuticas muy precoces, con bebés de pocas semanas que desarrollan un funcionamiento autístico, que éste es reconducible a un funcionamiento normal cuando intervenimos muy pronto en el ámbito de una psicoterapia conjunta padre-madre-bebé, suficientemente especializada.

Sin entrar a considerar el peso que los factores genéticos tendrían en algunos autismos, la clínica de la psicopatología temprana nos señala que las experiencias traumatógenas muy tempranas, ligadas a la interacción, pueden no sólo dejar una huella neurobiológica ó epigenética sino también alterar, crónicamente: las funciones psíquicas de la atención; la percepción de experiencias sensoriales y emocionales propias y ajenas hasta producir procesos de desconexión muy radicales; los procesos de identificación/empatía, así como la intencionalidad expresiva/comunicativa, entre otras. Alteraciones que señalan claramente una intrincación entre el déficit y la defensa.

¿Pero cuánto de ése “déficit” pertenece a lo neurobiológico y cuanto pertenece a la alteración de las funciones psíquicas implicadas en la interacción?

Si la clínica perinatal nos señala la posibilidad de revertir los procesos psíquicos tempranos de defensa antitraumática, gracias a una intervención psicoterapéutica bebé-madre-padre, las neurociencias nos señalan desde su concepción de la plasticidad neuronal, la posibilidad de una modificación de las huellas neuronales a partir de la modificación del funcionamiento psíquico.

Desde ésta perspectiva se vuelve evidente, como sucede en la patología psicosomática, la necesidad de incluir la atención psicoterapéutica padre-madre-bebé/niño en las patologías del espectro autístico para que la naturaleza de la experiencia emocional, inherente a la interacción, mejore y podamos rescatar al bebé y a sus padres del sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA:

- ANSERMET F. y MAGISTRATI P. (2006) "A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente". Editorial Katz.
- COHEN-SOLAL J., GOLSE B. (1999) « Au début de la vie Psychique, le développement du petit enfant ». Ed. Odile Jacob. Paris.
- CRAMER B., PALACIO-ESPASA F. (1993) « La pratique les psychothérapies mères-bébés ». Le fil rouge, Ed. PUF. Paris.
- GALLESE V. (2006) : "La consonanza intencionale: Una prospettiva neurofisiológica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile". Publicado en Corso di Stampa.
- GOLSE B. (2006) « *L'être-bébé* », Paris, PUF.
- HOUZEL D. (1989) « Penser les bébés - Réflexions sur l'observation des nourrissons », Revue de Médecine Psychosomatique, 1989,19, 27-38
- KREISLER L., (1996) "Patologías funcionales neonatales alarmantes", publicado en la Revista Francesa de Psicopatología nº 9 de 1996.
- KREISLER L., (1992) « Le nouvel enfant du désordre psychosomatique ». Dunod. Paris.
- LEROY-GOURHAN, (1983) « Au fil du temps » (Ethnologie et préhistoire), Fayard, Coll. "Points", série "Sciences", Paris.
- MANZANO J. « Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles », Genève, Médecine et Hygiène, 167 p, pp.9-11. 1996.
- PALAU P. S. (2009) "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé", publicado en Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.
- PALAU P.S. (2009) "Abordaje psicoterapéutico de lo psicopatológico y de lo autístico primario, en las primeras semanas de vida: interacción traumática y defensas psicopatológicas tempranas". Ponencia de la II Jornadas científicas organizadas por ADISAMEF en Ibiza, en octubre de 2009.
- PALAU P.S. (2007) "Factores agravantes de la diabetes infantil", publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicopatología de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
- PALAU P.S. (2007) « Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno ». Revista de psicopatología y psicoterapia médica, 1º número del año 2007. Publicado por el Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
- PALAU P.S. (2006) "Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico". Revista de psicopatología, y de Psicoterapia médica. Nº 61 del año 2006.
- PALAU P. S. (2000) "Bebé en riesgo: mamá no nos vemos", publicado en la Revista Iberoamericana de Psicopatología en el 2000.
- PRAGIER G., FAURE-PRAGIER S. (2007) "Repenser la psychanalyse avec les sciences". PUF. Paris.
- ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT A., GEROGIEFF N., ROMAN P. (2007) « Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale » Edit. ELSEVIER-MASSON.

- RIZZOLATTI G., FOGASSI F., GALLESE V. (2001) "Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives". *Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- RIZZOLATTI G., ARBIB M.A (1998) "Language within our grasp", *Trend Neurosci* 21, 188-194.
- SIFNEOS P. E. (1995) " Psychosomatique, alexitimies et neurociences", in Revue Française de Psychosomatique, n° 7. PUF. Paris.
- SMADJA C. (2001) "La vie opératoire". Études psychanalytiques. Le fil rouge. Ed. PUF. Paris.
- STERN D. N. (1989) « Le monde interpersonnel du nourrisson » - Une perspective psychanalytique et développementale, Puf, Coll. "Le fil rouge", Paris, 1989 (1ère éd.)
- SZWEC G. (1998) "Les galériens volontiers" PUF. Paris.