

SILENCIO, SE ESCUCHA...NO TOCAR

Trastorno alimentario en una bebé con parálisis cerebral¹.

Pascual Palau Subiela²

Carla es un bebé que comienzo a ver en el hospital cuando tiene 10 meses, padece una parálisis cerebral con tetraparesia espástica producida por la anoxia con parada cardíaca, que sufrió en el momento del parto.

El motivo por el que pediatría me la remite es la gran dificultad que sus pediatras encuentran para resolver un rechazo total de la alimentación incluyendo la ingesta de agua. Además de ésta situación, se han repetido cuadros, importantes, de infecciones respiratorias.

Una parte de la dificultad que ellos encuentran tiene que ver con el comportamiento de los padres, que describen como difíciles de entender, variables y muy descontentos.

Primera entrevista

M= madre; P= padre; E= terapeuta

La diferencia de edad es llamativa entre ambos. El padre, con aspecto curtido por el trabajo de la agricultura, es unos veinte años mayor que la madre, una mujer bonita y con aspecto mucho más joven pero cansado.

M- *Nos maneja como quiere, si quiere alguna cosa mueve la cabeza y nos lleva y si no le interesa alguien lo ignora completamente... no lo he visto en ningún niño. Tiene un carácter muy fuerte, cuando la iba a consolar... rechaza el consuelo, otros bebés se dejan calmar pero ella cuando vas a darle besos para calmarla te rechaza más... eso impone en un niño tan pequeño.*

¹ Artículo publicado con el Título “Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico”. Revista de Psicoerapia médica y psicosomática, número 61 del año 2006. ISSN: 0211-0822. Madrid, España.

² E-mail: pascual.palau@gmail.com

El padre se levanta ante un leve gemido de la niña, le pregunto por qué y me contesta que está acostumbrada a que al llegar él la coja.

P- *Me lleva, la tele la odia y sin embargo el fútbol le encanta y se queda quieta, pero con los dibujos te tienes que ir y a lo mejor mi padre está mirando manuales y se queda mirándolos. (La descripción de los gustos que atribuye a la niña corresponde en todo a los suyos).*

M- *Connmigo bien, jugamos muchísimo pero no quiere el carro.*

P- *Porque el carro no debe de ser adecuado.*

M- *Pero se debe de acostumbrar.*

P- *Pero si es incomodo.*

M- *Pero a la hora de la comida no me quiere mirar, cierra los ojos “ésta no debe de ser mi madre la que me está forzando”.*

Y tengo que llevarla a rehabilitación y a estimulación precoz, y a la piscina 3 veces por semana. La piscina la odia pero han dicho que es bueno, como tuvo asfixia. Pero ella es muy selectiva, si no entro yo llora y si entro, no llora.

M- *Pero lo más preocupante es la comida, no disfruta.*

P- *Se le dice “Carla a comer” y sin comer ya se provoca el vomito.*

M- *¡La nena es muy mala!*

E- *¿El embarazo?*

M- *Vino sin saber.*

P- *Esta es la que hace 6 embarazos.*

M- *Cinco.*

(El primer embarazo terminó en aborto. Del siguiente nació un hijo que tiene 14 años, el siguiente embarazo también terminó en un aborto espontáneo a los 3 meses de gestación. Después se produce un nuevo embarazo que da a luz a una niña que ahora tiene 12 años, y después se produce el embarazo que llevaría al traumático nacimiento de Carla.)

M- Con el de 14 tuve fatiga, pero aparte de eso normal, y tenia vómitos hasta que terminé el embarazo. Y el de Ana bien, nació antes de tiempo por vuelta de cordón pero fue el mejor embarazo.

Y con Carla fatal, siempre estaba mala, con mucho peso y muchísima fatiga, vómitos, no soportaba los olores. *Yo decía que era la vejez que estaba por venir.* Me dejé el trabajo porque me dijeron que no era bueno.

Cogí 23 kilos en todo el embarazo. Tenía muchísima hambre y hasta me levantaba por la noche para comer.

P- Nunca ha querido comer ternera ni paella y entonces no paraba de comer.

M- Lo que yo notaba a los 7 meses era un hipo de la niña. Era un hipo constante, era como un temblor, 4 ó 5 veces al día, la comadrona me dijo que era hipo y así fue hasta que nació Carla.

Empecé a notar dolor y pesadez en la vena de la pierna, en la arteria, y me dijeron que era normal, pero yo no podía ni caminar.

E-¿Cuándo fue el dolor?

M- *Cuando empezó el hipo*, era como una quemazón en la vena, en la pierna, con dolor. Y la pierna se me quedaba dormida y me decían que era porque había puesto peso.

Cuando empecé con contracciones venimos al hospital pero como no dilataba me pusieron en la sala de espera. Les dije que tenia una cesárea... *por si tenía el útero cosido.*

Estaba de 40 semanas. Por la mañana me preguntaban si me dolía, dije que no, con los goteros todo el tiempo y como no me dolía me mandaron a casa. Todo el día estuve con mala gana sin ganas ni de beber y sangraba. Volvimos, me vio el ginecólogo y me dijo que era el tapón mucoso (el motivo de que sangrara) - "¡parece mentira, con lo veterana que eres"!!- me dijo. Al final como yo no me quería ir me miraron por monitor y no había latido cardiaco...y todo fue corriendo.

P- Me mandaron a rellenar papeles oyendo gritos.

M- Ahí lo pasé muy mal muy mal, todo gritos, todo el mundo chillando, llamando al anestesista. Me estaban cortando y yo todavía lo estaba sintiendo. *Yo tenía muchísima ilusión pero de repente todo eso y..., muy mal.*

P- Yo conozco a mi mujer y es de las que si se queja es que le duele.

M- Lloraba todo el día. Los primeros meses muy mal.

P- No había quien consolara a la niña ni de noche ni de día. Nos la dieron sedada.

M- En los tres primeros meses era un bichito, era de llorar sin parar por toda la irritación y todo el sufrimiento que había tenido, la cogía y se echaba hacia atrás y había que quitarle eso. Rechazaba el contacto, no me dejaba abrazarla, ahora le cuesta pero se deja. Ahora sabe que somos sus papás y que la queremos, *yo la fuerza para comer*.

P- Si no llora, la niña no se traga ni una gota de agua.

M- Hasta el 4º día no me dejaron verla porque se la llevaron a otro hospital, todo fue muy mal.

Al encontrarme con ella..., una chica tenía su hija y la acariciaba, yo no podía mirarla, se me ponía un nudo en la garganta.

A los 22 días me la entregaron. Estuvo con alimentación por sonda desde el principio y sedada completamente.

En la cunita del hospital, en nidos, al empezar a cogerla le doy biberón y se lo toma despacio. Ella estaba muy sedada y yo lloraba mucho. Me llamaba mucho la atención porque Carla no se movía, no era igual que otros niños sedados.

Nadie me decía nada, me decían que Carla había pasado mucho pero no me lo decían.

(La niña se acaba de dormir)

M- Hasta los 8 meses no me han dicho que tenía una encefalitis infantil con parálisis cerebral.

Al comienzo tomaba biberón como otro niño. Cuando empezó con la diarrea a los 6 meses la sondaron otra vez. Yo no quería, prefería que le pusieran gotero y no quisieron. Estuvo ingresada con la sonda 10 días y nos marchamos con el alta voluntaria. Al llegar a casa se tomó el biberón entero y no tenía diarrea, pero después ya no quiso más biberones.

E-¿Cuándo se presentan las diarreas?

M- Vinieron unos sobrinos de fuera, visitas de fuera y la casa estaba más llena. (Las diarreas comenzaron al día siguiente de marcharse la hermana, coincidiendo con el momento de operar del corazón a la abuela materna).

P- Yo soy hijo único y la familia es corta y cuando viene la familia de mi mujer...

M- Recuerdo que fue la visita de mi hermana y el sobrino. Ahí la niña estaba más tranquila y yo también de ver que estaba más tranquila.

Cuando ella empieza a rechazar la comida totalmente no nos mira y se protege metiendo la cabeza debajo del brazo.

La entrevista, que no he relatado enteramente, termina mientras la madre expresa su rechazo a tener que estar obligando a su hija con una modalidad de alimentación coactiva, según ella, recetada por los pediatras, que contraviene los ritmos que ella habría establecido con la niña inicialmente. Dice que es un comportamiento violento para la niña y poco humano.

La impresión que me produce es que existe una sobreinvertidura de las actividades dirigidas a estimularla, y una carencia de adaptación a un ritmo de maternage sincronizado y respetuoso del tiempo de separación de las dos partes de la díada.

La niña se mantiene la mayor parte del tiempo con la cabeza agachada, sin mostrar ningún interés por lo que sucede. Su mirada es perdida, fría y distante. No emite sonidos, no llora, no se queja y parece no tener la tonicidad suficiente para mantener el cuello erguido. Los pocos parpadeos que he podido observar se producen a cámara lenta.

Se trata de una grave fobia alimentaria con un rechazo sistemático de cualquier alimento.

La clara atonía afectiva y motora muestra una evidente situación de gravedad depresiva, aunque la intensidad del repliegue manifestado por la enorme indiferencia, en una niña que ha rechazado tan radicalmente el contacto físico, me lleva a la pregunta de si puede estar inmersa en un momento de repliegue funcional de tipo autístico ó si se trata de una situación de mayor daño psicopatológico asociado a alguna patología neuropsíquica que aún desconozco.

En dos ó tres ocasiones la madre ha intentado darle agua con el biberón pero la niña la ha sacado fuera de la boca. *Rechaza el líquido sin expresar ninguna emoción de disgusto, es la lengua quien actúa barriendo el agua hacia el exterior sin más.*

La madre lo señala diciéndome “ni siquiera quiere el agua”.

La descripción que hace la madre de la multitud de actividades que dispensa a la niña a lo largo del día desde que nació, resulta sorprendente por lo inmersa y absorta que se vive en ellas, atrapada en la repetición, sin tiempos ni intereses relacionados con el resto del mundo, ni siquiera para sus otros dos hijos a los que ella se refiere diciendo que deben de sentirse abandonados por ella y que ellos también tienen derecho a que se les haga caso.

La madre parece estar en una continua actividad que me hace pensar en una probable neurosis de comportamiento.

El nacimiento traumático es seguido de una hiper-reactividad motora y una hipersensibilidad ligada a una cenestesia cutánea con una experiencia de contacto dolorosa, que se transforma tempranamente en una fobia de contacto para, en un tercer tiempo, organizarse alrededor de la alimentación. Lo que resulta atípico es que rechaza tragar hasta el agua y por otra parte muerde, cuando en la anorexia habría una inhibición de la fantasía de devorar, a menos que consideremos el hecho de que a su boca se desplazan y condensan algunas de las funciones de unos brazos y piernas espásticos con escasas posibilidades de coordinación.

Pienso en la rotura radical de la experiencia simbiótica intrauterina, en la sobreactivación interna traumática, parada cardíaca por asfixia con fuerte daño neurológico, cenestesia dolorosa al contacto agudizada por el sobrecontacto intrusivo con el objeto que no tiene en cuenta el bajo umbral del dolor ni la pérdida de la protección antiestímulo, la niña no se encuentra abastecida de una función de paraexcitación.

Negándole una deshabitación progresiva de la sedación que la protegía con la elevación del umbral de percepción del dolor, se la expone a una mayor excitabilidad traumática.

Ante el rechazo de todo contacto físico y el temor de no ser reconocida y adoptada, la madre la fuerza a aceptar el abrazo aumentando su dolor y su agresividad.

No se respeta el ritmo de adaptación y de vinculación de la niña con los objetos. No se respeta el repliegue, que la niña manifiesta necesitar en torno a la recuperación de una experiencia previa "in útero", ni siquiera en el dormir, que pasa a ser vivido como una expresión de "falta de adopción" y de interés hacia unos padres que, movidos por el pánico a la pérdida de la vida primero y del vínculo después, se precipitan hacia una intervención que "corta en vivo" el estado-espacio de repliegue narcisista, defensivo y reparador, que la niña intenta reconstituir después de escapar a la muerte.

La observo pegada a unos objetos que se encuentran alucinatoriamente adheridos a ella, sin capacidad para intervenir desde una posición diferenciada y diferenciadora.

¿Qué sucede con el placer-satisfacción en la vida de ésta madre?

¿A qué remite la fantasía de tener el "útero cosido"?

En todo caso fantasía de una niña atrapada en un útero cosido que no le permitiría salir salvo con la cesárea efectuada por el "corte" de un cirujano que debería de éste modo liberar lo que otro habría cosido.

Meses después, averiguaré que la irritabilidad y el rechazo al contacto con la madre, que había presidido en los tres primeros meses, se reactivó de manera inmediata a los seis, después de habersele instalado la sonda gástrica y de manera especial en los

momentos de hacerle llegar el alimento al estomago, ya que la percepción de esa llegada reintensificaba el desasosiego y el llanto desconsolado sin que se la pudiera calmar.

La reactivación de la “memoria, no sólo sensorial sino vivencial”, de esa época, continente de diversas investiduras de percepciones corporales altamente significantes del comienzo traumático de una vida extrauterina, entre las que se encuentra la percepción de la sonda pasando por el esófago y de manera especial la de la llegada del líquido nutritivo en contacto con la mucosa gástrica, en un tiempo de sedación, parece haber desbordado la función antitraumática de la represión primaria ante el reencuentro de lo percibido.

En torno a la percepción de la sonda y del líquido nutritivo, en un tiempo de repliegue antitraumático que busca defenderse de la experiencia del “propio cuerpo extraño” inmerso en el dolor de la sobreexcitación, se produce, por sustitución, una primera investidura de “objeto extraño” ajeno al Yo, mientras la expresividad está sedada. No es sólo la reactivación mnémica de la asociación de “objeto extraño” y “cuerpo propio extraño”, se trata de un segundo tiempo, psiquizante, de organización fóbica facilitada por el establecimiento de la noción adentro/afuera, que resignifica una vivencia primitiva angustiada de intrusión traumática del objeto externo.

La reacción de la niña fue de rechazo total. Tanto intentó quitarse la sonda con movimientos de brazos y cabeza, que decidieron mantenerla atada a la cama 5 días a lo largo de la noche, así como en la mayor parte del día. La explicación del responsable de su atención médica fue que su reacción era lógica debido a su tara neurológica. Ésta misma explicación ha servido hasta ahora para explicar casi todo lo que no se ha podido entender de sus reacciones emocionales y de sus procesos de somatización.

Las opciones que se les ofrecieron ante tanto rechazo a la alimentación fueron las de instalarle una válvula ó de enseñar a la madre la técnica de introducción de la sonda para suministrarle diariamente el alimento.

Al cabo de 10 días de una situación altamente traumática, los padres deciden irse con el alta voluntaria y siguen alimentadola con jeringa.

Después de las tres primeras sesiones comienzan a faltar a las siguientes con diferentes pretextos que van desde el olvido del día de sesión, hasta la enfermedad de algún familiar ó de la misma niña.

Cuando vuelven a verme, la niña, ya tiene 19 meses y no ha dejado prácticamente de estar enferma de catarros, cuadros febriles y otras patologías

que los han llevado a visitar a otros médicos y otros centros especializados sin ninguna mejoría.

En esta entrevista, en la que la madre comienza pidiéndome que le diga de qué es culpable y me anuncia su intención de separarse y de volver con su familia, a la que añora mucho, descubro una realidad hasta ahora ignorada:

Para que la niña coma, se la hace llorar cada vez, pegándole ó riñéndola. Se le tapan los ojos para que no vea llegar la comida y se aprovecha el momento en el que abre la boca llorando, para introducirle la cuchara. La situación es dramática, la niña se retuerce en el regazo al que se la inmoviliza mientras se le infringe la violencia de tragar. Se trata de una clara situación de malos tratos.

El aspecto de la niña es desolador, no muestra signos de interés por nada, su mirada parece congelada y perdida, percibo su estado impasible sin energía, con una atonía motora y expresiva, signo de profunda depresión. Padece un cuadro bronquítico y febril persistente desde hace varias semanas.

El estado de la niña y la inminencia de la separación de pareja, convierten a la situación actual en situación de alto riesgo.

Recomiendo de inmediato el ingreso de la niña, advirtiendo a los padres que se trata de un ingreso prolongado que tiene que permitir analizar el estado psíquico de la niña así, como el modo de sacarla de la situación depresiva y traumática en la que se encuentra.

Como en otros casos similares, me reúno con los pediatras para organizar el modelo de atención que les vamos a dispensar, coordinando todo el personal que va a estar en contacto con la familia a lo largo del tiempo de ingreso que será, según preveo, entre uno y dos meses.

El conocimiento adquirido hasta el presente sobre el desarrollo de la niña es el punto de partida de varias premisas iniciales, que sirven para instaurar un primer abordaje, con el fin de alcanzar varios objetivos:

- Rescatar a la niña de los malos tratos y a la madre de la situación traumática en la que se encuentra.
- Investigar el estado psíquico de la niña.
- Tratar psicoterapeuticamente a la triada.
- Restaurar el estado, de cierta satisfacción, que parece haber existido entre los 3 y los 6 meses.
- Devolver a la niña a su madre, en los tiempos de la alimentación, cuando el trauma alimentario haya cedido para que tanto la madre como el padre puedan ocuparse de nuevo de ella en condiciones óptimas.

Se harán cargo de la alimentación tres auxiliares de enfermería, con las que mantendré un contacto permanente 2 veces por semana, con ocasión de las sesiones psicoterapéuticas, ó a diario a través de los pediatras especializados en nutrición y neurología, con los que coordino mi intervención.

Indico a los padres que deben quedar fuera de la alimentación: estarán todo el tiempo con la niña, excepto en el de las comidas.

La madre, desde una actitud muy negativa, acepta con mucho recelo diciendo que no se fía de nadie y que piensa que la niña va a empeorar y que no hay nadie mejor que ella para entenderla.

La tranquilizo diciéndole que todo cuanto vayamos decidiendo será de su conocimiento y que en todo momento va a poder dar la alarma para parar el proceso.

Le hablo del objetivo común de rescatar a la niña que ella conoció en el periodo de los 3 a los 6 meses, y a la que tan bien recuerda.

Las indicaciones para las auxiliares son:

Llevarse a la niña 15 minutos antes de la comida, separándola así de la madre y facilitando su familiarización con la persona que la va a alimentar.

En ningún caso se la forzará y se dejará de insistir cuando exista oposición persistente.

Después del tiempo de alimentación, tras el cual no se la premiará ni se la regañará, sea cual sea el resultado, la niña permanecerá 15 minutos más con el fin de poder recuperar un contacto relajado en el que perciba que no se ha producido derrumbe emocional ni alteración agresiva en la persona que estuvo alimentándola. Se procuraran evitar las expresiones de satisfacción ó disgusto en el tiempo de la alimentación.

Después se la entregará a la madre, se le dirá que fue bien, y no se hablará de cantidades.

En los días siguientes se me comunica la persistencia de un rechazo frontal ante la comida. La niña se retuerce, con todo su cuerpo, cuando se le intenta introducir la cuchara y rechaza el alimento. El peso va bajando.

Recomiendo que se le dé de comer en la sillita para eliminar el contacto corporal del regazo, ya que éste ha sido, hasta ahora, un espacio de violencia.

En los días posteriores mejora, los vómitos y la fiebre han ido cediendo. El peso no aumenta pero tampoco sigue bajando. Contrariamente a lo indicado por los padres, es la comida dulce la que prefiere.

Se observa a la niña muy alerta y excitable con todo lo que sucede a su alrededor.

Tres semanas después, viendo que la situación permanece estacionaria y que la alimentación sigue siendo muy difícil, decido asistir a la cena de la niña para observar lo que sucede.

En el momento de darle la comida la encargada de alimentarla se coloca frente a ella mientras otra ayuda. Yo me siento en una posición que me permite observarla y ella a mí.

A la vista de la comida comienza a mostrar rechazo; el pánico está presente. Las auxiliares le hablan animándola a comer, una de ellas le muestra las láminas de un libro al que la niña sólo presta un interés momentáneo. En el debate, se retuerce huyendo de la cuchara y se escurre en la sillita. La auxiliar le recoloca el cuerpo de vez en cuando, produciendo un incremento de la irritabilidad en la niña.

Cualquier estímulo me parece sobrar y ser un obstáculo para poder contactar con la niña.

Pido a la auxiliar que no siga con el libro y que deje sola a la que está dándole de comer. *A ésta le pido que deje de hablar a la niña y que no la toque ni siquiera para acariciarla.* Le pido que no la persiga con la cuchara. y que espere a que la niña, vuelva hacia la posición en la que se encuentra la comida.

Le señalo algunos momentos de ahogo y la importancia de evitar a la niña el miedo a la asfixia.

La niña se ha ido tranquilizando mientras yo contengo la angustia que me produce la escena. La auxiliar está más sincronizada con el significado de los diferentes movimientos. Se ha instalado un silencio sólo roto por sus gemidos y por una observación que la auxiliar me comunica en voz baja hacia el final *“pero si aún succiona”*.

Efectivamente, succiona nuevamente como lo haría un bebé con las dificultades de deglución propias de su parálisis cerebral.

Al cabo de unos 25' de tomar poco a poco, comienza a mostrar reacciones de enfado por efecto del cansancio.

Al terminar, la auxiliar me dice que es la primera vez, desde que está ingresada, que ha comido tan relajada y en tanta cantidad. A ella le parece un milagro y a mí me parece que valía la pena estar presente. Presencia que la niña no ha perdido de vista.

Ha habido un momento en el que he observado que el sueño aparecía produciéndole la tentación de cerrar los parpados, aunque ha sido rápidamente

rechazado por la niña. La vivencia que ha llegado a experimentar a debido conducirla, regresivamente, al placer del bebé que se duerme satisfecho.

La reaparición del sueño y del chupeteo estarían conectados con un tiempo de satisfacción oral que, según la madre y las fotos de esa época, habría sido suficientemente bueno entre los 3 y los 6 meses.

El silencio reinante en ésta cena, nos ha permitido atender sus diferentes manifestaciones gestuales y sonoras de miedo, ahogo, pánico, rechazo, tensión, enfado o cansancio.

La ausencia de sobre-estimulación ha facilitado el apaciguamiento de su angustia y de su crispación, *y que ella escuchara sus diferentes modos de expresión.*

Es necesario nutrirla en silencio para descifrar los registros emocionales que experimenta Carla.

Después de transmitir lo observado a las encargadas de su alimentación, para que ellas puedan comprender, les pido que atiendan las siguientes indicaciones:

- No se le hablará ni se la distraerá durante la comida.
- No se la tocará, para intentar calmarla ó calmarnos.
- Si se pone a lloriquear girando la cabeza, se esperará a que vuelva a la posición de comer y no se la perseguirá con la cuchara.
- Se respetaran los momentos de descanso que necesite, pequeñas pausas, sin temor a que pierda el ritmo.
- Se estará vigilantes a los momentos de ahogo que tiene por no coordinar bien aún tragar y respirar
- Se reintroducirá el biberón ya que los movimientos de succión están presentes, dejando una toma con cuchara.

En los días siguientes se produce una mejoría notable. En ésta atmósfera de mayor atención de los dos actores, se reinvierte el comer junto a las sensaciones de hambre y de satisfacción. Aunque se toma el biberón dulce de manera cada vez más relajada, sigue rechazando la comida salada y siguen las dificultades con la cuchara.

Una semana después, al indicar la necesidad de alimentarla únicamente con comida dulce y biberón, se produce la eliminación definitiva del rechazo.

El hambre que ya había hecho su aparición por las noches, se acaba de instalar durante el día, convirtiéndose en la única e intensa motivación para comer.

Todo esto se produce simultáneamente al trabajo que sigo desarrollando con la triada y al difícil trabajo de arropamiento y de puesta de límites que el equipo pediátrico en contacto con ellos va suministrando.

Poco a poco se va haciendo más evidente el drama de la madre:

Un embarazo no deseado y un parto traumático que sigue incrustado de manera sangrante junto a un intenso sentimiento de culpa.

La enorme distancia que la separa de un marido que reclama ser valorado por ella y respetado por sus hijos y al que ella vive muy sordo a sus reclamos de atención y de lugar.

La intensa nostalgia de un vínculo melancólico con su madre, fuertemente reactivado desde que nació la niña.

La fuerte ambivalencia que vive con la niña.

La importante pérdida que supuso dejar su trabajo y la vivencia de ahogo y de gran soledad depresiva que experimenta estando en casa.

Sobre la naturaleza del vínculo que la madre desarrolla con la niña, me detendré un poco a partir de la observación de una enfermera:

El hijo fue ingresado un fin de semana en la misma habitación que Carla debido a unos fuertes dolores de vientre, vómitos y diarrea. El comentario que la madre le hizo fue que ella estaba mucho peor que él. Éste comentario sorprendió a la enfermera ya que según a ella le parecía, si un hijo está enfermo lo que necesita es sentirse reconfortado y no usurpado en su lugar de queja.

Esta dinámica es transportable a su relación con Carla. La niña está muy mal pero la madre dice estar peor como forma de rivalidad. Cuando la madre habla con su propia madre ésta última siempre acaba llorando. Estar peor que la hija es lo que ella vive con su propia madre a la que describe una y otra vez como una madre perfecta ante la cual se vive vacía de valor.

Se va haciendo evidente que el sentimiento de culpa de la madre resuena en dos facetas:

La ligada a los malos tratos que ella ha venido infligiendo a la niña para hacerla comer y la ligada a haberla entregado, sin poder rebelarse, en unas manos que en lo manifiesto serían las del ginecólogo que, según estos padres, actúa con negligencia *y en lo latente las de una nostalgia familiar melancólica que no le permite percibir una noción de placer en su relación con la niña.*

La negatividad de ésta pareja de padres es reiterativa; el padre se queja de cómo es atendida la niña por las encargadas de alimentarla así como de las normas que hemos instaurado alrededor de la alimentación. No se hace nada bien. En cuanto a la madre, para ella la niña está peor que el día anterior. Tienden a sepultar las evidencias de mejoría mediante descargas descalificadoras ó

mediante un pesimismo que produce en el equipo una vivencia contra-transferencial de agresividad ó culpa cuando no de desánimo.

En una sesión, la madre se sorprende de que una niña tan pequeña esté enfadada. Cuando le sugiero pensar en lo que eso le hace sentir, descubro que ella niega estar enfada con la niña y que cuando esto sucede, y éste es un descubrimiento que ella hace mientras hablamos, acaba enfadándose con sus otros hijos por cualquier cosa que hagan.

Mientras el padre complace a la niña en todo, la madre tiene negada la agresividad circulante entre ella y la niña...

Mes y medio después de estar en el hospital, la niña come mucho mejor: en cinco minutos se acaba el biberón dulce y aún pide más mientras se relame. Los padres, que aún no la han visto comer, se muestran muy satisfechos. El padre se ha vuelto atento a mis explicaciones sobre la conveniencia de ayudar a Carla a crecer psíquicamente y a reconocerla como una persona y no sólo como fuente de angustia de muerte. La madre, muy sonriente, me dice que ella ha cambiado mucho y que ya no se siente igual con ella misma y con la niña y que *se extraña de que la niña no muestre nunca tristeza*.

Le explico que en el mundo intrapsíquico en el que aún se vive la pequeña, la tristeza está excluida como defensa frente a lo traumático.

Más adelante la madre me habla del pánico que la niña vivía ante la comida y del suyo propio que casi dos meses después de la hospitalización aún sigue sintiendo cuando piensa en el momento en el que a ella le toque darle de comer.

Poco a poco *vamos explorando la importancia de dejarla llorar y poner palabras a los estados emocionales* de Carla para que, ésta, pueda identificarlos, ya que vivirlos no supone tener una conciencia discriminante de ellos. Éste "*análisis, constante, del llanto*", cuestión técnica a la que no me referiré aquí, se ha revelado de una importancia capital.

De manera progresiva, se va evidenciando, para los padres y para mí, la posibilidad de poner nombre a las emociones de la niña y avanzar en el proceso de individuación y de frustración que permite ir reduciendo su tendencia a excluir agresivamente a todo tercero.

La progresiva consolidación de objetos externos, diferenciados y firmes, que evitan la tiranía que ella despliega, le permite la introyección de modelos con los que puede identificarse y desde ahí fortalecer al Yo.

Este proceso, no solo va permitiendo una afectivización del objeto y del propio Yo en el movimiento de introyección, sino también una afectivización del cuerpo.

Una investidura afectivizada de todo el cuerpo se desarrolla a través de la afectivización del objeto introyectado, de la investidura de los diferentes estados emocionales y de la recuperación del placer en el chupeteo. La zona oral, reinvestida como zona de placer erógeno, va a facilitar la extensión del placer hacia otras zonas.

En nuestros próximos encuentros la madre me habla de la mayor sociabilidad de la niña, en la que percibo otro rasgo de mejoría: una *mezcla de reconocimiento y de vergüenza* al verme llegar, que se traduce en el juego de sonreír y girar la cabeza hacia el lado contrario del que yo me encuentro mientras me mira de reojo. Fantasía de seducción, escenificada escondiendo su mirada de la mía, para evitar el encuentro y al mismo tiempo incentivar me para ir en su búsqueda. *Un juego de escondite, que no tiene por finalidad rechazar al objeto y hacerlo desaparecer, sino defenderse del atractivo que éste despierta y trasladárselo involucrándolo en el juego.*

Pero aún nos queda mucho trabajo por delante y la sesión que relato a continuación es una muestra.

En una de las sesiones la niña se remueve en la sillita colocando las manos detrás de las barras de sujeción del respaldo. Rápidamente, la madre interviene diciéndole ¡"te vas a hacer daño"!

Entonces hablamos *del dolor* que ella le atribuye sistemáticamente, y reconoce que debe de ser ella la que lo vive aunque siempre tiene la impresión de que es la niña la que lo siente.

Es tan intensa la atribución de dolor que la madre vive en la niña que cuando la niña se retuerce llorando, la madre no puede mirarla y tiene que permanecer de espaldas.

Poder hablar y desarrollar pensamientos que nos permitan dar sentido a lo que viene sucediendo entre la madre y la niña va a permitiendo pensar en el proceso contrario, hasta ahora imperante, como es la evacuación de una realidad percibida.

Poco a poco vamos comprendiendo que el retorcimiento del cuerpo en la sillita y el llanto enfadado sirven para evacuar e instalar un vacío de pensamiento. *Vacío, relleno hasta ahora por el contacto físico del otro, que acaba sometido y aniquilado en su calidad de objeto frustrante.* Es el dolor que la madre atribuye a Carla lo que ésta se encarga de dramatizar con el efecto de un control sobre el objeto que acaba adhiriéndosele físicamente.

Las situaciones que le resultan intolerables son aquellas en las que se produce espera, presencia de un tercero ó percepción del objeto disfrutando.

Ante la intensísima violencia que manifiesta por mi presencia, como tercero, iré hablándole y psicodramatizando mediante juegos lo que está pasando. Éste fragmento es una muestra:

Con la complicidad de la madre, inicio un juego dramatizando que un pequeño peluche se enfada conmigo porque yo le estoy hablando a ella. Éste muñeco se enfada y me golpea mientras yo me quejo de sus golpes. Y le explico que puede estar escuchándonos y también disfrutar de un buen sueño. Así que represento que el muñeco se duerme a gusto mientras yo imito el ruido de la respiración sosegada y pido a la madre y a la niña que hablemos en voz baja para no despertarlo.

Carla me sonríe varias veces y su madre me dice que parece que se esté comunicando conmigo con el parpadeo de los ojos.

La conciencia de existencia separada que la madre tenía de Carla era muy poca:

En una sesión la madre había intentado evitar que una auxiliar tocara a la niña. Al preguntarle porqué me dijo que no quería que la tocara porque a veces sacaba bolsas de basura y temía que la pudiera infectar.

Siguió hablándome de la idea de separarse de su marido y dijo: ¡“porque yo tengo 2 hijos!

¿“Usted tiene 2 hijos”? Le dije.

¡“No he contado a Carla...eso es malo verdad”!

Carla no existe. No ha nacido, no existe como otro reconocido diferencialmente, y es tal vez como defensa ante un deseo de muerte, que está presente el impulso a evitar que la toque la auxiliar con las manos “infectadas”.

Y es la madre quien recupera esta cuestión sesiones más tarde:

“Estábamos muertas las dos, había llegado al abismo y no había salida, no podía salir, era horrible y no me daba cuenta. Siempre iba con Carla a todas partes, hasta al water sin soltarla. Ella y yo éramos lo mismo.

Iba de un lado a otro sin ver a nadie, aunque todos querían ayudarme yo iba de un lado a otro pero no cambiaba nada. A todo el mundo le decía que estaba muy bien pero era mentira, estaba destrozada pero no me daba cuenta y decía que estaba muy bien”.

De éste modo, describe la quiebra interior. No sólo no puede sentirse, tampoco pensar. Ahora se da cuenta de lo que vivía, un horror-pánico ni sentible ni pensable. “Mi vida diaria, dice, era levantarme con el pánico, hacer sufrir y sufrir con la niña al darle de comer y después permanecer un rato llorando esperando la siguiente toma que iba a preparar con el mismo pánico”.

Sufrimiento hasta ahora proyectado en la niña en forma de un supuesto dolor físico.

Varias sesiones después la madre me dice que ya la puede mirar cuando llora. Dice que ahora se siente tranquila escuchándola y ya no padece. De éste modo se instala una conversación tranquila entre ella y yo mientras aumenta el enfado de la niña. En cierto momento comienza a emerger un llanto triste claramente diferenciado. Convengo con la madre que puede proceder de otros momentos en los que Carla ha podido sentirla sin manifestarla como sucede ahora, sino dando un bocado a quien se acercaba.

Descubrimos la importancia de permitirle hacer, mediante el llanto espontáneo, el recorrido expresivo de sus diferentes emociones, mientras estamos a su lado hablando con buen humor, *ya que la niña vuelve robustecida por su capacidad de entrar y salir en ése mundo emocional*. A pesar de que vive que se va y abandona a su madre sin que ésta vaya a buscarla, ella sabe volver y recuperarla.

Ésta posibilidad de adentrarse permitiendo que emerjan fragmentos relacionados con la situación de frustración actual y con experiencias pasadas, *equivale a una verdadera separación física diferenciadora que la madre debe de aprender a tolerar*. Como cuando una hija se va a jugar fuera de la vista de su madre y ésta permanece confiada en los recursos autónomos que la niña posee para volver sana y salva.

En éste momento, la madre me dice que *es un segundo nacimiento*. Que la niña está renaciendo y hay que cortar el cordón.

Después de un buen rato de llanto y de casi cruzarse literalmente en la sillita adoptando las poses más complicadas que hasta ahora movilizaban a la madre, Carla ha ido recobrando paulatinamente la calma, recolocando sola cada miembro de su cuerpo en la posición más idónea. Después de permanecer unos minutos observándonos y escuchándonos con atención y sosiego se ha dormido.

La placidez del dormir y el sosiego que emanan de ella, han sido logrados gracias a la posibilidad de experimentar *“el llanto con red”*, algo que siento equivalente a un salto con paracaídas ó puenting.

Ha podido *“perdersse”* dentro de su mundo de emociones contenidas y volver con su Yo robustecido.

También ha podido comprobar que su madre ya no responde con el automatismo compulsivo de tocarla para calmarla.

Sus emociones y su cuerpo le pertenecen más que antes y es a ella a quien le toca investirlos y asumirlos como propios.

En la última parte del llanto, ha comenzado a dirigir un brazo hacia su madre mientras abría y cerraba la mano para intentar cogerla. Ahora que ya busca y disfruta la comida, está también comenzando a buscar y sentir hambre de madre.

Varias sesiones después su madre comenta:

“Ahora empiezo a disfrutar de tomar un café. El otro día me tomé un café y me dí cuenta que lo disfrutaba. Mis amigas me dicen que empiezan a verme disfrutar como antes, que empiezo a ser otra vez la de antes.

Me fui metiendo sin darme cuenta y ya no veía nada más... ¡y ella me destruía!

El otro día ví al médico que no podía ver y lo saludé, creo que todos cometemos errores. Creo que la rabia que sentía hacia él era hacia mí porque yo le culpaba a él como me culpaba a mí de todo.

Es estupendo lo que está sucediendo y no me lo puedo creer, y que no puede durar, me siento feliz. Ahora me levanto por la mañana y me apetece arreglarme y es lo primero que hago”.

Varios días después, cuando me dirijo a la habitación para la sesión de psicoterapia, me encuentro a las dos paseando por el pasillo. Carla me saluda con una sonrisa abierta. Se la ve muy despierta, alegre, y todo su cuerpo muy tonificado y relajado parece acompasado con la vivacidad de la mirada de una niña que vive con agrado su curiosidad por lo que sucede a su alrededor. Se la ve dueña de su cuerpo, muy cercana, locuaz con la mirada acompañada por unos movimientos de los brazos que enlaza armónicamente con las expresiones emocionales y las representaciones que se dejan imaginar: alegría, timidez, contrariedad, curiosidad. Se la ve francamente crecida y mucho más amiga del mundo que la rodea.

Al cabo de un rato de sesión comienza a protestar con unas expresiones muy cercanas a un “ay”. Lo hace mediante gestos suaves, no los gritos que buscaban romper la situación de espera y de contrariedad, sino mediante quejas próximas a una vocalización. Señalo a su madre éste cambio de sus recursos expresivos y ella también reconoce esa diferencia, más cerca de los sonidos pre-verbales propios de una niña en busca de un diálogo.

Finalmente reintroduzco a la madre:

Ante la evidencia de que ya puede mirar a la niña sin angustiarse cuando llora y discrimina mejor sus emociones, ante la mejoría de la alimentación con

aumento estable de peso y de la aparición constante del hambre como única motivación para comer, he decidido reintroducir progresivamente a la madre en la alimentación.

A lo largo de 3 días estará presente junto a la encargada de alimentar a la niña. Se mantendrá en silencio observando a su hija comer.

A lo largo de los 3 días siguientes comenzará a darle una comida en presencia de la encargada y, si todo va bien, se incrementarán las tomas de las que se irá haciendo cargo enteramente con la presencia de la observadora.

Como el proceso de reintroducción de la madre va muy bien, reintroduzco progresivamente al padre siguiendo el mismo proceso que con la madre, con la diferencia de que ahora es ella la responsable de alimentar.

Cuando vemos que la respuesta de los padres y de la niña es del todo buena y estable indico que vayan a darle de comer varios días a casa para ir readaptándose a ella sin haber dejado aún el hospital.

El alta a los dos meses y medio:

Tres días después de la salida veo a la madre y a la niña, con las que mantengo la psicoterapia de manera ambulatoria.

La niña está muy sonriente y relajada. La mayor parte de la sesión está balbuceando y entreteniéndose en coger con sus dos manos un dibujo de su vestido e intentando acercárselo a los ojos mientras su madre y yo hablamos.

Se mantienen las mejorías que se desarrollaron en la hospitalización:

Me dice que la niña ya no va estreñida y que por la mañana, después de comer, se queda dormida como un bebé pequeño. Por las tardes hace siesta de una hora cuando antes, si la hacía, era de diez minutos. Cuando se queda en la cuna y se le dice que se duerma se duerme sin más.

Se mantiene el placer, recuperado, por el chupete que no quería y se duerme con él. También se mantiene el reaparecido movimiento de chupeteo mientras duerme.

Finalmente, me comenta que cuando juegan con ella y le hacen cosquillas se ríe a carcajadas como cuando tenía 6 meses.

Por otra parte el peso ha seguido en aumento y se observa un despertar del crecimiento físico.

Sigue hablándome de su relación de pareja y de los cambios que están intentando introducir para seguir juntos.

Anexo I

Silencio,... se escucha.

Silencio,...se escucha. Silencio,... se vive.

Estamos ante un renacimiento que comienza por el silencio creador de la escucha que permite oír la vida.

La vida sepultada debajo de los cascotes de un edificio varias veces derribado. Existe vida pero como los bomberos con sus sonares, necesitamos estar en silencio para que Carla pueda decirnos dónde se encuentra.

Casi todo sobra, nuestra angustia, nuestro afán por atribuirle, nuestra tendencia a mirar a otra parte, nuestros deseos de acallarla.

Debemos dejar que nuestras heridas se abran para bajar a la profundidad en la que se encuentra y, con el ruido de nuestra escucha, despertar la vida y espantar la muerte.

El amasijo de sentimientos que se desprenden como fragmentos del edificio en demolición, son cascotes que nos caen encima.

Intentamos parapetarnos detrás de la rabia, la angustia, y las ganas de echar a correr. Pero necesitamos sentir, si ella resiste nosotros también debemos resistir. Su rostro y los sonidos que emite junto al montón de movimientos espásticos son nuestro terreno de investigación.

Es la descarga la que impera, la descarga ruidosa de un cuerpo que se retuerce, se desmantela en la rigidificación, descarga de sonidos entre los cuales no podemos escuchar aún los latidos de la tristeza.

Se trata de voces que asustan, es la bestia la que se nos muestra con sus mil cabezas y nos espanta, porque está hecha para espantar y así defenderse del abatimiento, del vacío y de un mundo perforador de su coraza antiestímulos.

Éstos gritos son su coraza, pretenden hacernos huir como los espantapájaros y con ellos pretende protegerse mediante la descarga inmediata de un pánico en el que a falta de otros medios, el grito es su mejor armadura, *puerta de entrada y de salida* de un laberinto de emociones frente a las cuales se convierte en llave maestra, pero con ella ni se entra ni se sale. Es la superficie que nos ofrece y se ofrece a sí misma para seguir protegiendo su narcisismo en ruinas. Así que, de quitarle su llanto desgarrador y violento, nada.

Nos vamos a sentar, vamos a esperar y vamos a esperar fuera, fuera del torbellino emocional. Pacientemente esperaremos a que el llanto deje de ser una superficie tosca, amalgamada y fragmentada, para esperar a que se apacigüe.

Necesitamos conocer lo que hay dentro de la bestia y para ello tenemos que escuchar lo que nos tiene que decir:

“Siento pánico, me ahogo, estoy perdida, moriros, dejadme morir, os odio, os necesito, iros, estar conmigo, dejadme en paz, *pero no me acalléis*.”

Como en cierta película, alguien tiene que quedarse afuera esperando paciente e imperturbable para que “otro” pueda adentrarse con ella y rescatar la Carla que se protege ó cree estar protegida por la bestia.

Permanecer en silencio constituye un contraste diferenciador y un referente de lugar distinto, referente de existencia mas allá de las tierras constituidas por la tendencia a olvidar mediante el borrado del espacio separador constitutivo de la diferencia.

Tiene que darse cuenta que no estamos dónde ella cree, porque ella está convencida que estamos sepultados y destrozados bajo el espesor de los cascotes que se desprenden del edificio para poder defenderse atrapándonos en ellos.

Ella cree que nos sepulta bajo el amasijo de ruidos, bajo ése alud de descargas, porque es ahí donde han terminado otros. Pero si el llanto puede ser la trampa que nos lleve a no oír, a acallar, a despistar mediante estímulos sonoros ó gestuales que la distraigan mientras le metemos la comida, el llanto-grito es también un territorio que nos habla y del que debemos establecer un mapa, una topografía de los sonidos y los gestos.

Mientras entra en la violencia del pánico, del rechazo ó de la desesperanza, nosotros vamos colocando “fitas” a la manera del arqueólogo; aquí hubo tristeza, aquí hubo agonía, aquí hubo alegría, aquí hubo amor, aquí hubo odio. A medida que vamos trazando nuestro mapa, conceptualizando y representando la vida que fue y la vida que hay debajo de los escombros, se va produciendo una modificación de la superficie. Ahora aparecen vestigios más amplios y más delimitados, la superficie se estira, se ensancha y ya podemos, sin entrar, asomarnos a ella. Poco a poco con la respiración contenida, descubrimos lo que tanto hemos anhelado, Carla está ahí sentada, esperando a que fuéramos a rescatarla.

Está mal herida pero nos sonrío y si por un momento cree que nos vamos a ir y nos va a perder, su tristeza aparece con unas muecas que nos preavisan de que ahora no le va a quedar más remedio que llorar de pena.

Respira, está salvada y yo ya puedo volver a la superficie e irme a pasear, no me dí cuenta pero ya es de día.

Me resisto a sustituir su nombre para hacerla anónima y así poder divulgar su caso. Tengo la sensación de que si le cambio ése nombre al que me agarré para, a partir de él construir las representaciones que me permitieron descubrirla, se me pueda escapar de las manos y se pueda perder.

Tengo que recordarme que ya tiene una madre que la comprende. Madre aplicada como las que más, de la que espero todo lo mejor. Pensando que la madre está puedo sustituirle momentáneamente el nombre porque aunque yo olvidára donde está, su madre, ahora, sabría encontrarle.

He aprendido que la superficie tosca, árida, seca y cortante del llorar encrispado y lleno de irritación, esconde llanuras, barrancos, vegetación, montes y manantiales que Carla, capaz, necesita recorrer para rescatarse a sí misma de la experiencia de pérdida. Para ello tiene que poder, de reajo, con sus ojos casi absolutamente cerrados, ver que la estamos esperando, que el hilo rojo de la vida está agarrado por una punta, fuertemente agarrado por nosotros para que ella pueda recorrer sin pánico los territorios de la desesperación hasta llegar a sí misma.

Tiene que ver que no la perdemos de vista, como cuando un bebé satisfecho se duerme sabiendo de la presencia de la madre (ahí tenemos que llegar). Ella no se atreve a dormirse, teme prescindir de las defensas, no sabe si alguien estará vigilante de ella y la resguardará del olvido ó la dará por muerta.

Algunas de las variables sobre las que se ha intervenido en el tratamiento de Carla:

- Reinvestimiento afectivo y erótico del propio cuerpo.
- Proceso de separación individuación.
- Análisis del llanto. La importancia de llorar la agresividad para acceder a la tristeza.
- Discriminación emocional desde la madre, de las tonalidades afectivas de la niña.
- Introducción del tercero/os.
- Atención a la descompensación de la madre post-recuperación niña.
- Notable disminución de la vulnerabilidad a la somatización a nivel inmunológico, inmunodepresivo.
- Tratamiento del núcleo traumático ligado a la patología de la madre atrapada en el duelo melancólico de “la abuela muerta”. El efecto de dicha patología es la instauración de una patogenia interactiva que deja a la niña a merced del síndrome, actualmente en investigación, “Síndrome traumático transgeneracional por procuración”.
- Recuperación regrediente y progrediente del psiquismo de la niña. Desde la recuperación de las propias investiduras que se enlazan con unas modalidades autoeróticas mas tempranas, se reinviste al objeto.
- Inauguración de una modalidad de contacto afectivo y corporal no invasor ó intrusivo.
- Investigación del proceso de reactivación del trauma del nacimiento por la reintroducción de la sonda a los seis meses.
- Ideal familiar masoquista, no erógeno, destructivo de los enlaces libidinales.