

CASO CLÍNICO

QUÉ OCURRE CUANDO NO VEMOS LO QUE LLAMAMOS UNIDAD BEBÉ-AMBIENTE (MADRE): UNA MIRADA RETROSPECTIVA DE UN CASO CLÍNICO

(Rev GPU 2015; 11; 4: 390-394)

Patricia González¹

Pretender responder al título de este artículo probablemente es muy ambicioso, pero se intenta dar algunas posibles respuestas de las consecuencias para un bebé cuando ocurre que no observamos aquello que llamamos Unidad bebé-ambiente (madre). Se presenta un caso clínico para reflexionar sobre los conceptos de la clínica winnicottiana, tales como de Preocupación materna primaria, Trauma y Odio en la madre, entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes relevantes

Hace un par de años, trabajando en una institución privada de salud, un psiquiatra, tras medicar a una paciente con antidepresivos y pese a su escasa motivación terapéutica, deriva a terapia a una paciente, a la que llamaré Amelia, para trabajar psicoterapéuticamente la dificultad que ella reportaba para vincularse y, sobre todo, tocar a su bebé de 2 meses de vida.

Nuestro contacto fue breve. Asistió a no más de cinco sesiones. No fue fácil lidiar con un caso que como terapeuta, me impactó de modo particular, puesto que si bien es común ver mujeres “sobrepasadas” por su rol de madres, a veces con signos de depresión

posparto; a veces realmente con dificultades para sentir “que lo hacen bien”; otras que en su “devoción” se muestran sobreprotectoras a un nivel extremo, en el caso de Amelia fue impactante ver una madre que, realmente no podía y no quería (salvo porque una parte de ella y del “mundo” se lo exigía) “relacionarse” con su bebé. Esto le causaba frustración, molestia, y una profunda sensación de fracaso en su vida personal-profesional.

Al momento de la consulta Amelia tenía 35 años de edad. Era casada, aunque había retomado la relación tras un periodo de separación, justamente por quedar embarazada de su marido durante la separación. Era profesional del área de la salud, se sentía muy exitosa en su carrera, aspecto de su vida donde ponía gran parte de su energía y motivación de logro. Había

¹ Magíster UDP en Psicología Clínica, mención estudios de la Pareja y la Familia. Terapeuta familiar y de Parejas del ICHTF. Contacto: pgonzalezestay@gmail.com.

logrado ascender en cargos directivos y a ganarse una posición de referencia en su lugar de trabajo.

Al momento de la consulta su hija tenía unos 2 meses de edad. El embarazo no fue deseado y la había impactado negativamente. Nunca quiso ser madre y su sensación era que esto interrumpió su próspera carrera, teniendo incluso fantasías de perder su cargo durante el periodo de pre y posnatal. El embarazo, el parto y el cuidado de su bebé eran una amenaza. Tenía un profundo temor de perder autonomía y proyectos en su vida.

Embarazo

Su embarazo había transcurrido sin problemas, pero sí con molestias y rechazo a los cambios físicos, desafiada y desapegada al proceso y sin mucho apego al bebé que estaba en camino. Poseía un sentimiento de frustración de que algo cambió y cambiaría su vida, en forma negativa de manera definitiva. Durante el embarazo comenzó a sentirse irritable, desesperanzada y angustiada, signos que se mantuvieron y agudizaron al nacer su hija, presentando, además, alguna sintomatología depresiva con bastantes signos de angustia.

Parto

El parto ocurrió sin mayores complicaciones, aunque fue una experiencia de shock para Amelia el momento de ver a su hija, de tomarla en sus brazos y tener que alimentarla. No se sentía tranquila, y su experiencia emocional tan distinta a su entorno (marido y familia), que se mostraba tan feliz, aumentaba su sensación de desasosiego.

Primeros meses

Una vez nacida su hija, siente molestia y rabia con ella, a la vez dificultad para asumir tareas como cuidarla, amamantarla (lo que suspendió rápidamente), limpiarla, etc. Sentía gran angustia al quedarse sola con la hija. Sentía rechazo y miedo a tomarla en brazos y se las arreglaba para salir de su casa lo más que podía, dejando a la niña a cargo de sus padres o amigas. Para salir con su hija necesitaba, por lo general, la compañía de su esposo, quien se mostraba más vinculado con su hija, y manifestaba temor y preocupación por la relación de su esposa con la niña. Él dejaba de lado, cada vez que podía, su trabajo para acompañar a su hija y esposa, asumiendo las tareas de cuidado, limpieza e incluso la alimentación de su hija con rellenos.

Motivo de consulta y estrategia terapéutica

Pareciera que el motivo de consulta es más bien del médico que la deriva y la preocupación por el cuidado de la hija es más del padre que de la paciente. No es raro, en este contexto, que no continuara con el tratamiento. Como mencioné, la vi unas cinco veces y luego desertó. A la primera sesión acude sola, y luego las dos siguientes la cito a ella con su hija. Me pareció pertinente evaluar el vínculo en directo y es en ese contexto en que pude observar a una bebé tranquila, que no demandaba, acostada en su "moisés" que la madre dejaba con cierta distancia en la sala de la sesión. Cuando la bebé miraba a la madre o parecía requerir su atención, esta se angustiaba y decía no querer a su hija, sentir temor a dañarla y hasta rabia por la dependencia de la niña hacia ella. No interactuaba con su hija, no quiso tomarla y la única vez que logré que lo hiciera, lo hizo sintiéndose muy incómoda, como tomando un objeto que no le inspiraba apego y soltándola rápidamente cuando la niña levemente se quejaba. Quizás apremiada por las circunstancias y en vista del rechazo de la madre, y en un intento de *modeling*, que tal vez pueda parecer intrusivo, no me queda tan claro, tomé a la bebé unos momentos, la calmé y acaricé. Ahora pienso que esto puede haber sido para la madre una muestra más de su propia incapacidad y que el espacio terapéutico la conectó aún más con una angustia que no quería (no estaba preparada para) enfrentar. He pensado que este puede haber sido un motivo que haya gatillado su deserción.

Más que detenerse en sus propias dificultades para cuidar a la niña, a ratos la paciente pudo expresar una especie de sentimiento de empatía con su hija, sintiendo pena, pensando que no merecía una madre como ella.

ALGUNOS CONCEPTOS Y REFLEXIONES

Sin pretender agotar la comprensión del caso clínico, me parece que se podría indagar en algunas nociones de Winnicott.

Preocupación materna primaria y madre suficientemente buena

Según Winnicott (1958, 1960) desde el embarazo hasta unas cuantas semanas tras el parto, gradualmente se desarrolla, en la madre, una condición psicológica a la que llama preocupación maternal primaria que se convierte o se traduce, en la madre, en un periodo de sensibilidad exaltada en que ella se encuentra en un estado emocional especial. Hacia el final del embarazo

la mujer comienza a desarrollar una creciente identificación con el niño, y el rasgo tal vez predominante es la disposición y la capacidad de la madre para despojarse transitoriamente de sus intereses personales y concentrarse plenamente en las necesidades del bebé.

De acuerdo con las observaciones del autor, habría, sin embargo, dos clases de trastornos maternos de este estado. Por una parte, estarían aquellas madres cuyos intereses personales son compulsivos como para abandonarlos, no pudiendo entrar en el estado de preocupación maternal primaria. Un estado que a los ojos de un observador parece una enfermedad aunque constituya un signo de salud (probablemente es un proceso de huida hacia la cordura). El otro trastorno, que pareciera estar menor vinculado a este caso y por lo mismo no convoca menos en este trabajo, es lo contrario al anterior. La madre que tiende a estar en extremo y permanentemente preocupada por algo, y el niño se convierte entonces en su preocupación patológica, con dificultad para el sano proceso de que la madre vaya progresivamente recuperando su interés por sí misma, y que lo haga a medida que el niño vaya siendo capaz de tolerarlo.

Sabemos por Winnicott que es esencial para el inicio de un proceso de desarrollo personal normal en el bebé que cuente con una madre “suficientemente buena”. Así, el niño inicia un proceso de desarrollo que es personal y real. Pero ante una madre no lo bastante buena, el niño se convierte en un conjunto de reacciones frente a los choques (intrusiones traumáticas), y el verdadero Self del niño no llega a formarse o queda oculto tras un falso Self que se somete a los golpes del mundo tratando en general de evitarlos.

Así, preguntándonos sobre el desarrollo de la bebé del caso relatado, nos encontramos ante la observación de una relación madre-bebé que no nos permite ver lo que llamamos unidad bebé-ambiente (madre), no viéndose instalada la “preocupación materna primaria” ni la presencia de una “madre suficientemente buena”

La paciente podría ser una madre que no puede amar y odiar a la vez, integrando ambos aspectos. Su máxima señal de amor es no hacer daño explícito a su bebé y su sensación de culpa, pero no logra sostener, apaciguar, calmar a su bebé, sin cumplir tareas de muda, alimentación y otras con mínima soltura, relegando esas tareas en otros la mayor parte del tiempo. La madre no logra integrar amor y odio y sin expresar su odio, pues lo expresa al no tomar a la bebé, al no acunarla, no alimentarla, etc. Sin duda estaríamos frente a una madre que no puede cuidar corporalmente las necesidades de su bebé, incapaz de llevar a cabo la función de personalización.

A lo sumo, la figura del padre de la bebé cumplía algunas funciones “maternas”, pero dicha figura probablemente era insuficiente para realizar tanto la función materna como la del tercero (que suele ser el propio padre).

Siguiendo a Winnicott, parece que nos encontramos ante el trastorno materno de la madre cuyos intereses son tan compulsivos como para abandonarlos, y que no puede entrar en la “locura” de la preocupación materna primaria.

Al no encontrar la madre suficientemente buena, se van instalando las intrusiones traumáticas y probablemente el verdadero Self no llegue a formarse o se quede oculto tras un falso Self patológico, llegando a ser una niña y mujer que esté más pendiente de las necesidades ajenas que de las propias, como modo de protección de su verdadero Self.

Ambiente facilitador, los cuidados maternos primarios, los efectos de la depresión en la madre. Interrupción de la continuidad del ser y trauma

Para Winnicott (1960) “El cuidado parental satisfactorio puede dividirse aproximadamente en tres etapas que se superponen:

- Sostén.
- La madre y el niño viven juntos. El infante no conoce la función del padre (ocuparse del ambiente de la madre).
- Padre, madre e infante viven juntos (pp. 55-56).

Durante el desarrollo surgen los procesos de fenómenos transicionales y objeto transicional. Este supone la primaria experiencia de ilusión (Venegas, 2010). Si la madre es suficientemente buena, es capaz de brindar al niño una continuidad del ser y darle la oportunidad de la experiencia de la ilusión. En esta posición, el niño cree lo que crea, lo que permite el desarrollo del objeto subjetivo.

Como Winnicott dice, “si todo anda bien” y si el ambiente-madre es capaz de sostener estas funciones superpuestas, pero pasando de la capacidad de devoción por su hijo satisfaciendo sus necesidades y progresivamente ir aportando a su individuación, con progresivas “fallas” que vayan introduciendo la noción de yo-no yo (*me-not me*), toda vez que mantiene su capacidad de sostenerlo y presentarle objetos, nos encontraremos con un sano desarrollo del niño. Si, por el contrario, no ocurre lo anterior, surge la patología en sus diversas formas, de acuerdo a cómo fue dicho fracaso, ya sea por la intrusión de más fallas de las que el propio ambiente

pueda ir reparando, como por la excesiva ocupación de todas las necesidades del bebé, no dando espacio a la necesaria individuación en el sentido de que el niño vaya produciendo la separación *me-not me*.

Winnicott dice (1958), respecto a la depresión en la madre o el padre, tenemos casos extremos: en uno están los melancólicos, que se sienten responsables y culpables de todos los males del mundo, y en otro las personas verdaderamente responsables del mundo, las que aceptan la realidad de su propio odio, su mezquindad, su crueldad, que coexisten con su capacidad para amar y construir.

Afirma que en la práctica en el padre o madre depresivas se observa una oscilación entre la preocupación y la desesperanza (Winnicott, 1958), y quizás, en un ambiente depresivo donde la falla ambiental hacia el bebé es importante, no lo es menos, pensando en términos de lo que el autor plantea, la posibilidad de la cura, la capacidad de amar y el tratamiento que conlleve un mejor pronóstico tanto para el depresivo como en el desarrollo del infante a su cargo.

Venegas (2010), siguiendo a Winnicott, plantea que la concepción del trauma está ligada a una falla temprana en la disponibilidad del otro materno como facilitador de los procesos de maduración. La no-disponibilidad materna conllevaría para el bebé una discontinuidad prematura del Ser, como una intrusión violenta e impredecible del mundo externo que lo obliga a reaccionar y, si perdura, a replegarse y finalmente someterse.

Siguiendo con la autora, el ambiente-madre que traumatiza carece de la capacidad de ver el gesto espontáneo del bebé, lo que lleva al niño a generar una pauta relacional donde se constituye en alguien que sirve a la satisfacción del otro.

Respecto al "Ser" y a su continuidad, según Anfuso e Indart (2009) "La base de la capacidad para 'Ser' surge de la experiencia de contacto en ausencia de actividad, entre un bebé y una madre que es ella misma, que no interpreta un rol. La madre que ha alcanzado la posibilidad de 'Ser' opera como si inyectara vitalidad a su hijo. Le posibilita existir, sentirse vivo, llegar a ser aquello que es en potencia" (p. 206).

Las autoras, siguiendo a Winnicott, señalan que "el sentimiento de 'ser', de sentirse vivo y real, de poseer una identidad propia son constitutivos del 'verdadero Self'" (p. 206). Si este sentimiento de Ser no logra las condiciones para su desarrollo, aparece un sentimiento de vacío y de sin sentido de la vida. "Sentirse real es más que meramente existir, es encontrar una forma de existir como uno mismo y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de

la cual poder retirarse para el relajamiento" (Winnicott, 1972, en Anfuso y Indart, 2009, p. 206).

Respecto a lo anterior, nos encontramos, en el caso, con una madre que no es capaz de sostener, por lo que suponemos tendrá dificultades, también, en etapas posteriores del desarrollo. No logra otorgarle a la bebé la experiencia de la ilusión, de ver su gesto espontáneo. Han surgido ya fallas tempranas en la disponibilidad de la madre, en los procesos de maduración de la bebé, sin, en el momento de verla en la consulta, la posibilidad de reparar en y sobre ellas. Podemos hablar de que hay una constante falla del ambiente (madre) en sostener e ilusionar a la bebé. La dependencia absoluta de la bebé no es sostenida, salvo a momentos, por el padre u otros terceros. Ello podría hacernos pensar en que el proceso de integración no va a seguir un curso "esperado", en tanto no es posible, para la bebé, estar en un estado de no-integración en compañía de otro, en compañía de la madre. Así, es probable que el falso Self se instale prematuramente como defensa de aquello que el ambiente no es capaz de dar.

En un nivel, la bebé estaba expuesta a la privación del contacto humano en forma prolongada. Si bien no estaba "sola", estaba casi todo el tiempo "relegada" a una cuna lejana a la madre. Era poco "tomada", "tocada" y, cuando lo era, era principalmente por el padre. La bebé casi no lloraba o llamaba mucho la atención, probablemente ya "sabía" que de nada servía pedir atención, y eso nos lleva a pensar en el posible desarrollo de un falso Self donde la niña esté más disponible a las necesidades ajenas que las propias, a la vez que ya se observa su "replegamiento" del ambiente, en tanto este no brinda la contención necesaria

El odio de la madre

Winnicott (1947) sostiene que el bebé, previo a la integración de su personalidad, no puede odiar. Si hace daño o es cruel no es por odio. La madre, por su parte, odia desde un comienzo a su bebé, y da una serie de razones para ello. Por mencionar algunas: "El bebé no es la propia concepción (mental) de la madre (...). El bebé no es producido mágicamente, el bebé constituye un peligro para el cuerpo de la madre durante el embarazo y el parto. El bebé interfiere en la vida privada de la madre, es un reto que provoca preocupación (...). El bebé le hace daño en los pezones incluso al chupar, actividad que al principio es de tipo masticatorio. El bebé es cruel, la trata como a una escoria, como a una sirvienta gratuita, una esclava. Ella tiene que amarle, incluyendo sus excreciones, al menos al principio, hasta que el bebé tenga dudas con respecto a sí mismo. El bebé

trata de hacerle daño, la muerde periódicamente como señal de amor. Da muestras de desilusión con respecto a ella. Su amor excitado es un amor interesado, de tal manera que, una vez conseguido lo que se proponía, la arroja de sí como si se tratase de una mondadura de naranja. Al principio el bebé debe dominar, hay que protegerle de las coincidencias, la vida debe desarrollarse con arreglo a la marcha del bebé y todo esto se hace necesario un continuo y detallado estudio por parte de la madre. Por ejemplo, la madre no debe estar angustiada cuando lo sostiene, etc. Al principio el bebé no tiene ni idea de lo que ella hace o sacrifica por él. En especial no puede tener en cuenta el odio de la madre. (...) Si la madre le defrauda al principio, ella sabe que se lo hará pagar siempre. El bebé la excita pero la frustra (...)” (pp. 272-273).

Sostiene que la madre debe ser capaz de tolerar el odio que el bebé le genera sin hacer nada con ese odio, sin expresarlo.

Sostiene, además, que hay personas verdaderamente responsables del mundo, las que aceptan la realidad de su propio odio, su mezquindad, su crueldad, que coexisten con su capacidad para amar y construir (1958).

Así, se entiende que la capacidad de la madre de aceptar su odio sin actuarlo y aceptar que convive con su amor estará en mejores condiciones para su maternaje.

Respecto a esto podemos decir que la madre del caso está muy identificada con los aspectos que le generan odio a su bebé, pero no es capaz de apaciguar o integrar el odio con el amor a la misma. Por ello actúa el odio, no maltratándola físicamente, pero descuidando el sostén, las labores de crianza, alimentación, de tocar a su hija, entre otros. Es como si el odio no le permitiera ver el amor a su hija (¿o acaso no puede sentirlo?), el que a lo más se asoma en algunos sentimientos de culpa, pero que en el momento en que la vi no eran suficientes para hacer mucho como para reformular su relación con su hija.

Mención aparte me merece el lugar del padre en este caso. De qué manera el papel del padre de la bebé, que en este caso asume algunas tareas que tradicionalmente se le asignan a la madre, puede constituirse en un efecto apaciguador, que resguarde en alguna medida la salud mental de esa bebé en crecimiento, con el consiguiente desarrollo de su Self y de un estado de independencia a nivel de madurez. Tal vez, contextualizando a nuestra época, el papel que el padre ha ido adoptando en el cuidado y crianza de sus hijos puede estar significando más que el solo hecho de su función de tercero en una díada, sino que se podría pensar, al menos en un nivel, que él puede cumplir, y

cumple, funciones “maternas” y, en este caso, podría, quizás, compensar en las tareas de sostén, de sostener la omnipotencia de la bebé, de mantener la ilusión y más adelante seguir el proceso necesario de la maduración y de personificación de la bebé. Es una esperanza no absoluta, en tanto creemos que la falla de la madre existe, persiste y ha sido intensa en periodos muy prematuros de la bebé. Es así como el trauma se instalará de igual modo, en tanto la madre, hasta donde fue posible observarla, no era ni fue capaz de realizar actos de reparación ante ella, por lo que la continuidad de la existencia del ser en el bebé estaba en riesgo y en ruptura, probablemente pese a los demás agentes apaciguadores de la experiencia.

Es de esperar que el “Ser” sobreviva ante la presencia del padre que suple la falta del contacto en ausencia de actividad de la madre.

REFERENCIAS

1. Anfusso A, Indart V (2009). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott? (1ra Edición) Montevideo, Uruguay: Editorial Psicolibros, Washakam
2. Díaz F (2010). Falla ambiental y goce del Otro: dos propuestas. Presentación en Programa científico encuentro 2010. Winnicott Chile. Recuperado www.winnicott.cl
3. Venegas X (2010). Función paterna y espacio transicional. Presentación en Programa científico encuentro 2010. Winnicott Chile. Recuperado www.winnicott.cl
4. Winnicott D (1939). Desilusión Temprana. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8554/Desilusion-temprana,-1939-pag.1.htm>
5. Winnicott D (1940). La madre deprivada. Tu analista. Recuperado [http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8520/La-madre-deprivada-\(1940\)-pag.1.htm](http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8520/La-madre-deprivada-(1940)-pag.1.htm)
6. Winnicott D (1947). Odio en la Contratransferencia. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. (Edición 1993) Buenos Aires, Argentina: Paidós
7. Winnicott D (1951). Las bases de la Salud Mental. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8205/Las-bases-de-la-salud-mental-1951.htm>
8. Winnicott D (1958). Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos. Tu analista. Recuperado [http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8623/Los-efectos-de-la-enfermedad-depresiva-en-ambos-progenitores-o-en-uno-de-ellos-\(1958\)-pag.1.htm](http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8623/Los-efectos-de-la-enfermedad-depresiva-en-ambos-progenitores-o-en-uno-de-ellos-(1958)-pag.1.htm)
9. Winnicott D (1958b). Preocupación maternal primaria. Escritos de pediatría y psicoanálisis. (Edición 1979) Buenos Aires, Argentina: Paidós
10. Winnicott D (1960). La pareja madre-lactante. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8205/Las-bases-de-la-salud-mental-1951.htm>
11. Winnicott D (1960b). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8438/Deformacion-del-ego-en-terminos-de-un-ser-verdadero-y-falso,-1960-pag.1.htm>
12. Winnicott, D (1971). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. Realidad y Juego (edición 1992). Barcelona, España: Gedisa