

## **Abordaje psicoterapéutico de lo psicósomático y de lo autístico primario, en las primeras semanas de vida : interacción traumatógena y defensas psicopatológicas tempranas<sup>1</sup>.**

Pascual Palau Subiela<sup>2</sup>

Esta exposición describe, de manera breve, la etiología y el tratamiento psicoterapéutico de una bebé afectada de trastornos psicósomáticos y de comportamientos autísticos, primarios.

Carolina es una bebé que comienzo a atender en el hospital cuando tiene 27 días de vida. Las 3 primeras sesiones han tenido lugar en la planta del Servicio de Pediatría, en la que se encuentra ingresada desde hace 3 días porque padece frecuentes crisis de cianosis desde la semana anterior a su ingreso, unas 5 ó 6 al día, y presenta un E.E.G alterado.

Aunque es enfermería quien ha detectado primero, el estado emocional de riesgo que ésta familia y en particular ésta bebé, sufren, mi intervención es solicitada por su neuropediatra, la cual me ha pedido que valore el estado psíquico de la bebé y que la atienda con su familia, vista la alteración que se observa en el ámbito de la interacción entre la madre y la bebé y en la situación emocional de ambos padres.

### **Primera sesión:**

T - ¿Qué les preocupa?

M - Que se nos quedaba sin respirar, como si se ahogara, cada vez fue más largo y la trajimos. Yo pienso que ocurre porque comía poco.

T - ¿Cuándo empezaron?

M - Hace dos semanas (con 10 días de vida). A la semana siguiente de llegar a casa. Al principio era algún día suelto. En la última semana sucedía 5 ó 6 veces al día.

P - Se nos quedaba encanada, como si no pudiera llorar.

En éste momento de la entrevista observo que Carolina, que se encuentra en los brazos de su madre, es calmada mediante el movimiento de acunamiento ó la voz, cada vez que tiende a emitir algún sonido ó inicia un movimiento corporal, de un modo que me hace pensar en la posibilidad de que los procedimientos que la madre esté usando para calmarla pertenezcan a la naturaleza de aquellos que no buscan sólo la satisfacción y la tranquilidad del bebé sino la instauración de una calma por acallamiento, mediante la supresión de su expresividad espontánea, tanto corporal como vocal.

---

<sup>1</sup> Texto de la exposición realizada en las II Jornadas sobre salud mental “La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos”, organizadas por ADISAMEF en Ibiza en octubre de 2009.

<sup>2</sup> Psicólogo clínico. Psicósomatólogo de bebés y de niños. Miembro Formador del Instituto de Psicósomática de París.

E-mail: pascual.palau@gmail.com

Éstas primeras observaciones me llevan a decirle a la mamá que quizás su hija necesite poder llorar y la invito a que no apague los conatos de llanto. Ella me dice entonces:

M – No puedo oírla llorar, es muy buena y me da mucha pena escucharla. No suele llorar.

T – ¿ Lloro algunas veces, para pedir su comida si se atrasan?

M – No, no llora prácticamente nunca.

Ésta descripción de lo que la madre siente, si escucha llorar a su bebé, y la matización que aporta sobre el llanto, refuerza la hipótesis de que se esté suprimiendo no sólo el llanto sino también la tendencia natural, derivada de una necesidad vital, de expresividad de los diferentes estados somáticos y emocionales, de malestar, que la bebé experimenta.

En situaciones en las que el bebé padece una patología somática y en aquellas situaciones en las que el nacimiento se ha visto acompañado por una experiencia traumatógena para él ó para su madre y su padre, la tendencia que se desarrolla desde el primer encuentro entre la madre y su bebé es, frecuentemente, la de evitar que el niño llore. En estas situaciones resulta muy difícil, cuando no intolerable, escuchar el llanto del bebé. La presencia de alguna patología somática lleva además, erróneamente, a la idea de que el llanto puede producir su agravamiento.

De ello se deriva la necesidad imperiosa de acallar al bebé mediante algún procedimiento, como es el acunamiento en el regazo, la emisión de sonidos ó palabras, la colocación del chupete ó el ofrecimiento del pecho, aunque el motivo de la queja no sea el hambre, para que el bebé pueda sentirse acompañado y protegido.

La semiología del llanto del bebé es por supuesto diversa y debe de ser analizada médica y psicológicamente.

Entre los motivos de llanto, más habituales, está el hambre, la incomodidad relacionada con un malestar físico de tipo postural, el sueño, el dolor físico producido por una prenda ó un objeto, alguna manipulación ó frustración, el malestar relacionado con el entorno físico inapropiado como puede ser el exceso de calor, frío ó ruido, el malestar ó dolor físico que pueda revelar una patología médica, las experiencias afectivas de susto, miedo ó angustia, *y el malestar psíquico, derivado de la exposición emocional a una experiencia interactiva traumatógena, experimentado psicofísicamente.*

Esta última etiología todavía es muy poco considerada por los psicopatólogos en perinatalidad y en pequeña infancia y aún mucho menos por los pediatras, a pesar de su importancia y de la gran frecuencia con la que podemos encontrarla en situaciones de sufrimiento materno.

T – ¿Como fue el embarazo?

E – Emocionalmente fatal. Muy triste por la pérdida de mi hija de 3 años. He llorado mucho. A veces me siento culpable de haberme quedado embarazada muy pronto. Yo

quería que naciera Raquel otra vez. Pero la quiero mucho (se refiere a Carolina). Yo pensaba que no la iba a querer.

A pesar de que le he pedido que permita a su hija llorar, si ésta lo desea, la madre tiende a acallarla. Le pido que intente no hacerlo explicándole la importancia que tiene para su bebé poder llorar en su regazo, si lo necesita. Le explico que una de las pocas vías que tiene su hija para poder expresar su malestar, sea cual sea su origen, en un momento en el que aún no está disponible el recurso de la descarga sensorio-motora ó de la palabra, es su llanto.

Le explico que cuando un bebé se encuentra padeciendo un malestar-tensión interno y silencioso, cuyo origen puede ser diverso, y no lo puede expresar y escucharse a sí mismo, y ser escuchado, se produce entonces un riesgo de empeoramiento psicosomático y psíquico, puesto que el estado tensional permanece en su interior y puede ir aumentando sin que el bebé pueda metabolizarlo.

Sin poder expresar mediante el llanto ése malestar, no existe la posibilidad de procesarlo, es decir de enlazar la expresión del malestar llorado con el malestar interno e identificarlo como propio. La posibilidad de expresar el malestar abre la vía, no sólo a la comunicación consigo mismo y al trabajo de metabolización que el propio bebé desarrolla por tener acceso a su expresividad, sino también a la comunicación con el otro que puede ayudar a su procesamiento mediante la contención de lo expresado por el bebé y la utilización de palabras tiernas de identificación, de la madre ó el padre, con las sensaciones y los afectos sentidos y expresados por aquel.

Lo contrario, la supresión de la expresividad espontánea del malestar psicofísico, puede llevar al empeoramiento psicosomático y a la utilización de mecanismos psíquicos de defensa que pueden conducir a la eclosión de una psicopatología temprana. La instauración temprana del recurso de *supresión de la expresividad* también puede llevar a *la supresión de la percepción* de los estados de malestar internos que permanecerán, generando alteraciones somáticas y vivencias psíquicas que no podrán ser percibidas, discriminadas y expresadas. Ése malestar puede resultar muy intenso y llevar a la aparición de una patología psicosomática ó al agravamiento de una patología física con otro origen, aunque también a la utilización de mecanismos de defensa autistizantes.

Después de explicarle de nuevo la importancia que tiene poder dejar llorar a su hija, la madre consigue evitar dejarse llevar por su tendencia, hasta ahora irreprimible, de silenciarla.

Es entonces cuando la niña comienza a gemir, primero débilmente, para pasar, poco a poco a quejarse y empezar a llorar, aunque de manera intermitente y progresiva, hasta estallar en un llanto muy intenso.

Mientras la niña sigue llorando y hablamos de la importancia de que pueda expresar sus quejas, mientras se siente recogida en el regazo de su madre, también seguimos hablando de lo que ellos han vivido.

T- ¿Qué le pasó a su hija de tres años?

M – Murió de cáncer, a los 2 años se lo detectaron y a los 3 años murió. Se le detectó un bultito y en el hospital vieron que tenía metástasis. Se lo extirparon pero se le reprodujo y no hubo nada que hacer. Estábamos las 24 horas con ella, todo el día. Y pasamos de estar ocupados 24 horas a no tener nada y nos hacía falta un bebé, me hacía falta. A los 4 ó 5 meses de perder a Raquel me quedé embarazada. Al año siguiente de fallecer mi hija nació Carolina.

En éste momento el padre me dice que se siente mal porque su madre se está muriendo con un cáncer, que se le declaró hace un mes y medio.

Es entonces cuando la madre me relata el fallecimiento de Raquel. Y me habla de lo diferente que ha sido su vivencia de la gestación de Carolina.

M – No he podido cantar a Carolina, como sí lo hacía con Raquel, Carolina es diferente. Carolina tiene mal genio, come peor...Raquel era perfecta. Comía bien, dormía bien, lista, inteligente...

Al preguntarle cómo se sienten en el hospital, la madre me dice:

M - Aquí estoy bien, Carolina está cuidada pero mi cabeza está en que no he ido a ver a la otra al cementerio. Carolina ya ha llevado flores a su hermana.

La madre indica el día de ésa visita, fecha en la que Carolina tenía unos 18 días de vida.

La madre comienza a hablarme del comportamiento de la niña desde que nació. Describe un comportamiento hipersomne. La niña permanece durmiendo la mayor parte del tiempo salvo en los momentos en los que tiene que comer, comportamiento habitual para un bebé de ésta edad (basándome en cómo lo describe la madre) si no fuera porque después de ser alimentada no tolera seguir despierta y se enfada si la madre intenta comunicarse con ella en ése momento. Sólo quiere seguir durmiendo y rehúye los momentos de la interacción mientras busca activamente reintroducirse de nuevo en el dormir. En la alimentación la madre me dice que es mala comedora.

Mientras seguimos hablando, Carolina sigue llorando y la madre me dice que le está resultando muy difícil dejarla llorar, aunque entiende bien que tiene que permitirselo por el bien de su hija.

Finalmente, mientras me ha ido hablando de todo el enorme sufrimiento vivido desde la perdida de Raquel, la mamá ha podido, poco a poco, dejarla llorar y dejarse llorar junto al padre.

Al cabo de una hora de reunión, aproximadamente, ha llegado la familia del padre para anunciarle que su madre había fallecido. Éste se ha puesto a llorar desconsoladamente mientras su mujer intenta reconfortarlo y una hermana del padre coge a la niña.

Al cabo de unos minutos de tenerla en sus brazos la tía dice, muy contenta, que es la primera vez que la ve con los ojos abiertos y que hasta ahora no sabía de qué color los

tenía. Observación de la tía que se corresponde con la que los padres habían hecho un rato antes, al decir que era la primera vez que la niña permanecía tan atenta y despierta con ellos.

Desde que su madre le ha permitido, y se ha permitido llorar, ya no se ha vuelto a dormir y tampoco ha hecho su aparición el comportamiento de intentar reintroducirse en el dormir.

Al final de la sesión, que durará cerca de 2 horas, transmito a los padres la hipótesis de que las crisis que ellos me han descrito, y que la niña viene padeciendo desde los 12 días de vida, sean crisis de espasmo del sollozo<sup>3</sup>, pre-forma de las crisis que podemos encontrar, más habitualmente, a partir de los 6 meses de vida.

La pregunta que me hicieron los padres fue ¿Cuál es el origen de esas crisis y cómo podemos evitarlas?

La respuesta sobre el origen me llevó a contestarles, con mucha franqueza, que un bebé, desde que nace, viene dotado de una alta capacidad receptiva y perceptiva del estado emocional de sus padres y se ve, por tanto, muy pronto expuesto a sentir el sufrimiento, la tristeza ó la angustia de sus padres cuando ésta es importante y se prolonga a lo largo de días<sup>4</sup>.

Les señalo que el proceso psíquico que origina el espasmo del sollozo es un intento por escapar del sufrimiento al que el bebé se siente expuesto, como también lo es el proceso de la hipersomnia.

Ambos procesos, incluyendo el rechazo de la interacción directa con el otro, que ellos también me han descrito, buscan una experiencia vital sin contagio con el sufrimiento parental, como es el que ellos, de manera muy justificada, vienen padeciendo desde que falleció su hija Raquel. Las crisis de espasmo del sollozo son un procedimiento psíquico que busca desconectar la percepción y por tanto la sensibilidad afectiva impactada por aquellos contenidos emocionales parentales no metabolizables, mediante la huida en la pérdida de conciencia (que en una bebé de pocos días puede estar enlazada a un intento de recuperación de la experiencia vital intrauterina, tan cercana en el tiempo y tan fresca aún en la memoria).

Es obvio que esta niña, “bebé de reemplazo”, ha estado también percibiendo el rechazo a su ser, en forma de disgusto materno por no encontrar a Raquel ó por buscar en sus ojos a los ojos de Raquel. Pero éste conocimiento no debía serles transmitido puesto que habría despertado un sentimiento de culpabilidad, injusto con los padres que cuidan de Carolina todo lo bien que saben y pueden, y contraproducente para la recuperación de la niña.

Tanto la madre como el padre padecen una depresión muy evidente, que no ha permitido a la madre sentirse emocionada al recibir a su hija.

---

<sup>3</sup> Referencia del artículo de León kreisler.

<sup>4</sup> P. Palau Subiela, “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”.

Sobre lo que ellos podían hacer para evitar las crisis, la respuesta fue: mimarse más y disfrutar más de sí mismos y de la niña. Desde que ha nacido la niña, la madre se ha mantenido pegada a ella, olvidándose de aquellos momentos ó placeres a los que ella podía acceder para sí misma. Mi consejo fue que intentara recuperar momentos diarios en los que sólo se dedicara a hacer aquello que le fuera placentero.

Cuando la mamá vuelve satisfecha, el bebé se alegra.

Hacia el final de la sesión la madre me dice que dentro de unas semanas el oncólogo que atendió a Raquel, va a hacerle pruebas de toda clase para ver si Carolina tiene algo como su hermana, porque a su hermana se le podría haber detectado, y ella tiene ganas de que pase el tiempo de esas pruebas.

Al día siguiente, enfermería me habla de una franca mejoría emocional en los padres y en el comportamiento de la bebé. El espasmo del sollozo ya no volverá a reaparecer y su mejoría general se mantendrá hasta varias semanas después.

#### **Cuando Carolina tiene 48 días.**

Carolina llega en los brazos de su madre y la observo mirando fuera de la interacción visual con ella.

M – Ayer estuvieron explorando a Carolina y pasé una mañana muy mala, hacía un año que estuve allí y fue muy duro. Así que las pruebas que faltan se las harán aquí.

T - ¿Hicieron daño a Carolina?

M - Se portó muy bien, tuvo un día muy tranquila, durmió por la mañana, y por la tarde estuvo con los ojos abiertos sin decir nada.

T - ¿Qué tal duerme?

M - Fenomenal, y se duerme sola en la cuna. Yo la dejo sola y se duerme ella sola. Le doy el biberón y la tengo cinco minutos diciéndole cositas y ella sola se duerme.

Observo que la niña sigue a rehuyendo la mirada y pido a los padres que vayan a su encuentro con su mirada, pero la niña rehúye encontrarse con la mirada de ellos y también con la mía.

T - ¿Sigue llorando de vez en cuando?

M - Últimamente no (en los últimos días). Ayer ella estaba muy tranquila. Con lo nerviosa que estaba yo, no sé cómo estaba ella así de tranquila (la supresión y la desconexión de su percepción, para evitar la experiencia tan angustiada vivida por la madre, es lo que la lleva a estar “tan tranquila”). Estuve toda la mañana llorando. En cuanto llegué al hospital... fue revivirlo todo, y cuando la estaban reconociendo yo no le estaba quitando la ropa a ella sino a su hermana. A ella no la veía.

El padre acaba de coger a la niña y esta empieza a quejarse. Le pido que le permita llorar y es entonces cuando la niña empieza a llorar francamente.

Pido de nuevo a los padres que intenten contactar visualmente con su hija. Tanto cuando ellos lo intentan, como cuando lo intento yo, la niña usa el recurso de búsqueda

del sueño para huir del contacto. No lo logramos de ninguna manera.

Les pido que cuando miren a Carolina, procuren no ver a Raquel y les digo que es muy importante conseguirlo. Les explico que la niña ha percibido la intensa angustia de ellos en la exploración, sin entender, naturalmente, su origen.

La situación es grave, se está produciendo una retracción autística ó cuanto menos autistizante.

Ellos dicen que les mira, pero no es así. Ni el padre ni la madre buscan el contacto de manera espontánea, ni lo echan en falta. En la última sesión, de una semana antes, ya fue visible para mí su tendencia a la desconexión. Sin embargo dejé un margen de confianza ante la afirmación de los padres de que conectaba bien. Las observaciones de ésta consulta son muy alarmantes.

Su tendencia a evitar la mirada desde hace una semana, ha empeorado drásticamente desde ayer.

Hoy, como contrapunto del esfuerzo de los padres y del mío por encontrarnos con ella, se ha vuelto tremendamente evidente que la niña ha hecho todo lo posible por evitar nuestras miradas. Sin embargo, a pesar de la evidencia, los padres seguían afirmando que sí que miraba, cuando era visible que la niña procuraba orientar sus ojos, en todo momento, hacia un espacio vacío de la habitación o hacía la luz del techo, en una forma de mirar perdida en la lejanía.

Sus esfuerzos para mantener la mirada alejada de cualquier encuentro con la mirada de otro se complementaban, además, con un esfuerzo tan extremado por alcanzar su desconexión-desaparición en el dormir que, estando con los ojos abiertos y bien despierta, ése esfuerzo por ocultar su mirada detrás de sus párpados la llevaba a poner los ojos en blanco.

En todo ése tiempo, la niña ha permanecido en los brazos de sus padres, colocada en unas posiciones que la mantenían también alejada de un encuentro visual con ellos. O mirando al techo, o mirando a un lado, o mirando hacia adelante.

El día anterior fue sometida a un chequeo oncológico con exploración rectal y otras pruebas, sin que la niña "tan buena", a la que se refiere su madre, rechistara en absoluto. El estado de ausencia-desconexión perceptiva de su sensibilidad corporal la mantenían en un estado de "insensibilidad" hacia las manipulaciones a las que fue sometida.

En ésta sesión me sentí muy alarmado por la modalidad autística de desconexión emocional y de evitamiento activo a los estímulos visual y auditivo, con los que intentábamos acceder a su atención.

Pedí a los padres que hicieran un esfuerzo por "ir a buscarla", interaccionando lúdicamente con ella, jugando con ella, buscando activamente la mirada y sobre todo, a pesar de su dolor, haciendo todo lo posible por ver y descubrir a Carolina y que ella se

sintiera fuente de disfrute para ellos.

"Sé cuanto dolor sienten por la pérdida de Raquel y lo difícil que les resulta separar la imagen de su rostro del rostro de Carolina, pero necesitamos que "vean" a Carolina y que Carolina "se viva vista" por ustedes. Necesitamos rescatarla de su tendencia a huir el encuentro con otro".

Con ésta petición, me despedí de ellos.

Un rato después hablé con su neuropediatra y le pedí que la viera en los próximos días puesto que yo no podía volver a verla hasta una semana después. Dos días después la pediatra me contó que, en su exploración, había procurado resaltar los momentos de conexión de la niña para resaltar lo mejor de ella, como lo haría Brazelton, y animar a los padres a seguir desarrollando una actitud de encuentro sosegado y lúdico con la niña.

Días más tarde, a través del teléfono, la mamá me dice que la niña ha estado mirando mejor y riéndose. Me dice que han estado encima de ella, jugando como yo les indiqué, y que ella se fue preocupada de nuestra última consulta. Le confieso que yo también me quedé preocupado aunque ahora, al saber lo que ella me ha contado sobre el fin de semana, me siento muy aliviado y contento. ¡Qué susto hemos pasado!

Siete días después de nuestra anterior sesión vuelvo a verles.

Los padres entran muy sonrientes. La mamá entra con la niña, que acaba de tomar su biberón, en brazos, medio dormida y muy relajada. Le está haciendo carantoñas mientras la niña se sonríe.

T - ¿Cómo se encuentran Carolina?

M - Mucho mejor, mira a la gente, la selecciona, mira a la que quiere, y a la que no quiere, no. Sobre todo a su padre, está enamorada de su padre y lo conoce mucho. El otro día la tenía en brazos su tía y yo me puse a hablar y me buscó.

P - Y ahora duerme muy bien. Se duerme por la noche y sólo se despierta una vez para tomar el biberón y se vuelve dormir.

M - Y a veces llora con genio. Si la dejo en la cuna porque me tengo que ir a la cocina, se pone a llorar con fuerza y si la vuelvo a coger se calla.

T - Veo que, en estos momentos, Carolina se siente muy a gusto en los brazos de su mamá.

M - Ahora la abuelita está contenta porque ya le sonríe. *Y ahora cuando la miro, ya la veo a ella.* Si pienso en Raquel es con Raquel, pero si estoy con Carolina es con Carolina con quien pienso.

T - Un tiempo y una mirada para cada una.

M - Es un encanto. Como antes estábamos con el susto de si le pasaba algo, entonces no la veíamos, no la diferenciábamos, y ahora sí. Hace esfuerzos por decir cosas y como no lo consigue se enfada.

Hablamos de nuevo de la experiencia traumática que vivió la madre el día en el que exploraron a Carolina.

Después de estar jugueteando con su madre, la niña se ha dormido a gusto. Se la ve alegre y muy relajada.

A partir de esta sesión la evolución que he observado en Carolina, a lo largo de los meses siguientes, ha sido muy buena.

### Conclusiones:

Los procesos autísticos primarios pertenecen a las primeras manifestaciones psicopatológicas observables en bebés de pocas semanas de vida. Aunque el futuro desarrollo psíquico del bebé pequeño es impredecible, la aparición de unos comportamientos cercanos ó idénticos a la semiología claramente identificada como autística en edades más avanzadas, nos obliga a intervenir para valorar y tratar las condiciones patógenas que rodean su aparición.

Condiciones frecuentemente producidas por una situación de crisis de naturaleza traumática, sufrida por la madre ó por ambos padres, que cursa más ó menos en silencio, y puede convertirse en la antesala de lo depresivo y permanecer activa después, sin que se repare en ella.

El riesgo de que los procesos autísticos primarios puedan producir unos efectos autistizantes, que desemboquen en el desarrollo de una psicopatología del Espectro Autista, no se puede pasar por alto ni minimizar su riesgo. La intervención preventiva, que no predictiva, es imprescindible.

El análisis de la etiología conducente a la aparición de estos comportamientos revela, la mayor parte de las veces, una exposición interactiva precoz de naturaleza traumatógena, ante la que el bebé intenta protegerse mediante mecanismos intrapsíquicos y comportamentales que se convierten muy pronto en recursos patológicos.

Esperanzadoramente, en los bebés tratados en una época muy temprana, dentro de las primeras semanas de vida ó dentro de los primeros meses, la reversibilidad es muy alta cuando la atención psicoterapéutica incluye a los padres.

Como la clínica presentada en ésta ponencia permite observar, los trastornos psicوسomáticos y los autistizantes pueden sucederse ó combinarse, en diferentes tiempos.

La utilización muy precoz de los mecanismos antitraumáticos que el bebé puede usar desde las primeras semanas de vida, puede colocar muy pronto a la madre, en una situación de gran dificultad para desarrollar una buena comunicación y una adecuada

comprensión empática, afectiva y preverbal, con su bebé y consigo misma.

El sufrimiento interior experimentado por estas madres y estos padres es enorme y debemos de auxiliarles, cuanto antes, con unas intervenciones que detecten las señales de riesgo que su bebé puede manifestar desde los primeros días de vida extrauterina.

Una adecuada coordinación entre el equipo neonatológico y pediátrico, que incluye necesariamente a enfermería, y al psicólogo clínico infantil ó al psiquiatra infantil, que deberían de ser psicoterapeutas especializados en el tratamiento conjunto del bebé con su madre y su padre, y especializados en psicopatología perinatal, es esencial para desarrollar una detección verdaderamente precoz de las situaciones de riesgo e iniciar su tratamiento.