



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

TRAUMA PRECOZ MATERNO: EFECTOS DE SU TRANSMISIÓN
Análisis de un caso de patología psicosomática

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Por

Israel Robles Sandoval

Profesor Patrocinante

Roberto Aceituno Morales

Profesor Guía

Pablo Cabrera Pérez

-Santiago, Junio de 2013-

Resumen: El estudio pretende analizar las dificultades que se presentan en la relación madre-hijo producto de experiencias traumáticas acontecidas en la infancia precoz materna. Se intenta reflexionar por medio de un caso clínico que expone el nacimiento prematuro de un hijo, la activación de inscripciones no representadas en la psiquis materna que impactarán de modo traumático el vínculo madre-hijo, desencadenando una patología psicósomática que afectará el cuerpo del infans.

Se examinarán los mecanismos psíquicos presentes y ausentes en la transmisión de aquello no representado, considerando las manifestaciones fenomenológicas que informan respecto de sus efectos en la constitución subjetiva del paciente.

Palabras Clave: Trauma, Transmisión, Identificación Proyectiva, Psicósomática.

CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I: EL CUADRO CLINICO.....	7
CAPITULO II: MATERNIDAD Y PARTO PREMATURO.....	14
CAPITULO III: TRAUMA PRECOZ MATERNO.....	21
CAPITULO IV: TRANSMISIÓN TRAUMÁTICA.....	25
CAPITULO V: EL TRAUMA COMO FALLA AMBIENTAL D. WINNICOT.....	32
CAPITULO VI: UN DESENLACE PSICOSOMÁTICO.....	36
CONCLUSIONES Y APERTURAS.....	40
REFERENCIAS.....	45

“La herencia arcaica del ser humano no abarca sólo predisposiciones sino también contenidos, huellas mnémicas de lo vivenciado por generaciones anteriores. Con ello, tanto el alcance como la significatividad de la herencia arcaica se acrecentarían de manera sustantiva” Sigmund Freud (1939), Moisés y la religión monoteísta.

“Cada hombre es, lo que hace, con lo que hicieron de él” Jean Paul Sartre (1961), Prefacio a Frantz Fanon: Los condenados de la tierra.

INTRODUCCION

El estudio de un caso clínico desde una perspectiva psicoanalítica admite reflexionar sobre la singularidad de un paciente a partir de los encuentros-desencuentros que se presentan en su construcción respecto a la argumentación contenida en el corpus teórico-práctico elaborado por la disciplina.

El caso presentado permitirá examinar las posibles relaciones y procesos psíquicos implicados entre una experiencia traumática precoz, su transmisión y posterior desenlace psicósomático; recurriendo especialmente a una revisión de los conceptos de trauma precoz, identificación proyectiva y patología psicósomática.

El estudio del concepto trauma en la obra psicoanalítica ha resultado fundamental desde sus inicios hasta los tiempos actuales, enriqueciéndose de aportes, preguntas y cuestionamientos en torno a la implicancia del factor cuantitativo, a la valoración acontecimiento externo y al papel que juega la fantasía en sus manifestaciones; respecto también a la consideración de traumas precoces producto de las carencias o fallas en la relación madre-hijo y asimismo en lo referente a su transmisión transgeneracional desde un punto de vista individual y/o social.

Otros estudios, igualmente, enfatizan la función del otro auxiliar como traumática subjetivante o des-subjetivante, que en el caso de Aulagnier (1975) correspondería a una violencia necesaria para promover la puesta en marcha del aparato psíquico o en su vertiente más patógena, una violencia secundaria que es experimentada por el infans como un exceso o una ausencia de alteridad que no preserva miramientos por el otro.

En la clínica psicoanalítica infantil encontramos manifestaciones de esta violencia secundaria afectando en los inicios de la vida principalmente el cuerpo del infans y su constitución subjetiva.

El presente trabajo interroga los aspectos traumáticos que conducen a una madre a provocar esta violencia como ejercicio de tramitación de aquellas experiencias precoces que no fueron representadas y que se mantuvieron como cicatrices a la espera de encontrar sentido. Bajo estas circunstancias la madre se encuentra, al igual que el infans,

en situación de desamparo cuando dichas cicatrices irrumpen en la subjetividad materna a modo de afecto angustioso, suscitando un trabajo elaborativo alienante que favorece la preservación de una escasa disponibilidad psíquica para reconocer en el recién nacido un funcionamiento propio.

Se considerará lo traumático como aquella parte de la experiencia subjetiva que no se resume en un único acontecimiento vivenciado por un sujeto, sino más bien responde a lo tramitado a lo largo de su historia libidinal y transgeneracional.

CAPITULO I: EL CUADRO CLINICO

El paciente, Felipe, cuyo nombre corresponde al de su abuelo materno, es un niño de 8 años, que actualmente cursa segundo básico en un colegio de la región metropolitana. La demanda de atención proviene de sus padres, presidida por el establecimiento educacional; Claudia es el nombre de la madre y Pedro es el nombre del padre.

En la entrevista preliminar Claudia señala que están muy preocupados por la situación que afecta a su hijo en el colegio. Agrega que Felipe sufre de ataques de pánico durante las horas de clase que se han hecho reiterativos hace un mes. En ese instante, el padre interviene en el discurso materno para señalar que el sufrió de esa misma enfermedad, manifestando: *“... a mi me pasó lo mismo que a Felipe, yo lo entiendo y le dije a él que son cosas de la mente, que tiene que pensar en otra cosa para que se le pase, tiene que pensar que no esta pasando”*.

La madre agrega que Felipe se desespera mucho, abruptamente. Manifiesta que la profesora le ha comentado que durante una clase de lenguaje observa que el niño se levanta de su asiento con las manos en el estomago y comienza a correr muy asustado, luego abandona la sala de clases dirigiéndose al patio, murmurando que le falta el aire. Una vez en el patio comienza a dar vueltas llamando a la mamá. Claudia expresa: *“Luego cuando llego al colegio esta todo sudado, le cambio ropa inmediatamente y lo acompaño a clases;... ahora además no quiere comer, me deja toda la comida, tengo que venir yo a dársela y también deja un poco, no sabemos que hacer con él”*.

Para comprender y reflexionar respecto a la emergencia sintomática en Felipe y sus posibles destinos, es necesario remitirnos a su historia personal y familiar.

Felipe es el segundo hijo de la pareja, tiene un hermano llamado Pedro de 15 años, que cursa primero medio en otro colegio. Claudia se refiere a Felipe, indicando: *“... el niño es prematuro, nació prematuro, usted se va dar cuenta cuando lo vea, es delgadito y asmático, quedo así, hay que cuidarlo mucho (...) desde guagüita que tiene problemas respiratorios, es asmático, antes de entrar al colegio sufría de ataques reiterados de asma, (...) él lleva su medicina en la mochila siempre ”*

Posteriormente respecto a la experiencia del embarazo, Claudia sostiene que fue todo tranquilo y normal hasta el octavo mes, recuerda que: *“... me empecé a sentir mal, con dolores y mareada, sentí que algo no estaba bien y fui al hospital, allí me dijeron que tenía que ir de inmediato a cirugía, que se me rompió la fuente, fue todo muy rápido, no entendía nada, fue horrible, sentía muchas cosas, miedo, rabia, pena, me lo llore todo”*

Ambos padres señalan que la experiencia fue muy angustiada, Pedro recuerda: *“yo estaba muy asustado, pensaba lo peor para Felipe (...) fue muy complicado ir al hospital y volver sin nada, vacío”*, por su parte Claudia manifiesta sus reacciones frente al primer encuentro con su hijo: *“...uno tiene sus planes y todo se rompe tan inesperadamente (...) a mi no me pasaron a Felipe inmediatamente, al otro día fui a la sala donde lo tenían, fue horrible verlo en la incubadora, lleno de tubos, tan chiquitito, movía sus pies solamente, me acuerdo y me da pena, (...) fui todos los días a verlo, no podía dormir, me quedaba en el hospital (...) cuando me dejaban verlo, lo acariciaba, lo tocaba, no podía hablarle de la pena que tenía, lloré muchas veces a su lado”*

Para pensar los efectos que puede provocar la experiencia de parto prematuro en la constitución corporal y psíquica de Felipe debemos ahondar en la relación madre-hijo y en la fantasmática familiar-parental.

En las sucesivas reuniones con los padres, recorreremos los primeros momentos de Felipe una vez dado de alta. El padre señala que su hijo es un niño especial, ya que con él han vivido de todo, múltiples controles médicos, bastantes episodios de bronquitis y además desde los 2 años que su hijo sufre de crisis asmáticas.

El padre agrega comentarios sobre algunas conductas maternas relacionadas con el cuidado de su hijo: *“... desde que llegó a la casa, Claudia se encerró con él en la pieza, no podía entrar nadie, ya que el niño se podría enfermar, ella lo cuidaba día y noche (...) luego un poco más crecido, Felipe no jugaba con los otros niños, ya que si transpiraba se podría enfermar, Claudia andaba siempre detrás de él con una toalla y mudas de ropa para evitar cualquier situación en la cual Felipe se enfermara”*

Respecto a la adquisición de conductas autónomas la madre señala que Felipe aún duerme en la cama matrimonial o hay veces en que duerme con su hermano, también señala que tiene dificultades para ir al baño solo, el padre lo acompaña la mayoría de las veces, agrega que ella aún lo baña y que en algunas oportunidades discute con Felipe ya que este no se mete a la tina si el agua esta tibia, señalando: *“... es todo un show bañarlo, tengo hasta un termómetro para medir la temperatura a la cual le gusta, le gusta el agua bien helada, y no le gusta la ducha, siente que se ahoga si le salta agua a la cara, se desespera y quiere salir corriendo”*

El encuentro con Felipe se produce luego de 3 entrevistas con sus padres. La madre ingresa a la sala de atención con el paciente, y le dice a Felipe que tome asiento, el niño me saluda por orden de la madre y observa la sala y los materiales que dispongo para pintar y moldear. Frente a cada intervención solo sonríe y mueve sus pies constantemente, la madre comenta que desde que nació observa aquel movimiento.

Siguiendo con nuestra reunión, Claudia comenta que el niño ha bajado sus notas y que no quiere comer, observo que Felipe cesa el movimiento de pies y emite un sonido y luego mueve su cabeza en señal de un “no” y esboza una sonrisa, continua gesticulando sonidos tratando de comunicar algo, Claudia interrumpe diciendo que el niño esta nervioso y no le gusta que hable de esas cosas, le pregunto a Claudia si se comunican habitualmente de esa forma, ella responde: *“... desde guagua que él pide todo con sonidos y gestos, yo le entiendo siempre de esa forma,;(...) estuvo en una escuela de lenguaje por que hablaba muy poco, pero si usted no entiende al niño me pregunta a mí, yo paso con él”*

Durante la reunión observo que frente a cada pregunta que dirigía a Felipe, el niño mira a su madre y es ella quien respondía por él. Mientras tanto Felipe continua observando los materiales, le pregunto si quiere utilizarlos y mueve la cabeza en señal de un “si”, se acerca muy cuidadoso a la caja de juegos, toma los objetos con delicadeza, lentamente, mientras Claudia continua hablando por el niño respecto a la vida escolar cotidiana señalando:

“... Felipe juega con las niñas por que los niños son rudos en los juegos, se empujan, se pegan y al niño no le gusta eso, no le gusta como juegan los niños en este colegio, en el barrio no tiene amigos por lo mismo, además que es peligroso donde vivimos”

Mas tarde observo que Felipe toma la plasticina y le pido a la madre que se retire, ella mira al niño y le dice que no se preocupe que ella estará mirando desde afuera. Felipe vuelve a jugar con la plasticina y cuando la madre se retira, hace una pausa y comenta:

“... Mi papá dice puras tonteras y mi mamá habla mucho, mi hermano no habla nada”

Luego el niño desenvuelve cada uno de los colores de la plasticina y los reúne en una pelota en la cual los colores quedan mezclados formando un solo cuerpo. Felipe disfruta de este reunir, de esta indiferenciación que se produce en la forma de utilizar los elementos. Posteriormente Felipe dirige su mirada hacia mí, y arroja con fuerza esta pelota de plasticina al suelo para dividirla y a continuación reunir los pedacitos, se ríe cada vez que lanza la bola de plasticina, este juego se repite hasta el término de nuestra reunión. Cabe señalar que durante el juego el niño emite muy pocas palabras, solo emergen sonidos, monosílabas, gestos, miradas y risas. El niño no invita al terapeuta a participar de su juego.

La semana posterior a este encuentro Claudia cancela la reunión coordinada, reuniéndonos en la semana subsiguiente con Felipe. El niño ingresa con su madre en este “segundo encuentro”, Claudia le pide que salude, comentando que Felipe estaba ansioso por venir a esta reunión, ya que le había gustado jugar. Me dirijo a Felipe y este sonrío y mira a su madre.

Una vez que la madre habló acerca de la situación escolar de Felipe, le solicito que espere afuera, Felipe la mira y sonrío, luego hace un sonido y me indica la caja de juegos, le digo que no entiendo lo que quiere decir y pronuncia: *“...es que quiero dibujar”*. Se acerca a la mesa y dibuja lo siguiente: en una hoja oficio blanca observo que hay dibujadas tres casas deterioradas, además de su familia incluido él, una persona en la ducha y escritas las siguientes palabras: AGUA TONTA. Una vez finalizado su dibujo, le solicito que me comente de que se trata, señalando:

“son enanos que corren porque el viento le esta destruyendo sus casitas...ese soy yo el de la ducha... esta es mi mamá, mi hermano y mi papá que estamos corriendo hacia el patio” (no se refiere a la escritura)

Este material posteriormente es presentado a sus padres quienes observan con detención y curiosidad la creación de Felipe, esbozando sonrisas y preguntándose acerca de la escritura, AGUA TONTA. Claudia señala que Felipe lo escribió por que no le gusta ducharse, pero en Pedro surgieron otros elementos, señalando:

“me acorde de mi hermana fallecida, ella se ahogo en una piscina (...) yo tenia catorce años y ella cinco, fuimos de paseo, me pasaron a buscar a la casa de mis abuelos, estábamos almorzando y nos dimos cuenta que Antonia no estaba, entonces salí a buscarla y la encontré en la piscina flotando, fui corriendo y gritando donde mi mamá (...) aún no entiendo como pudo pasar algo así(...) ahora cada vez que salgo con mis hijos a algún lugar reviso todo, ramas, palos, vidrios, objetos cortantes, si el sol esta fuerte o no, los vigilo permanentemente, ya que no quiero ser un PAPÁ TONTO”

Claudia agrega: *“... en la casa es igual, no puede haber nada que pueda ser peligroso, todas mis mesas son redondas, yo le dijo que él no disfruta nada cuando salimos, esta todo el rato midiendo los peligros”*

Pedro es el cuarto de cinco hermanos, relata que formo parte de una familia muy pobre y que cuando tenía 3 años sus padres decidieron que él viviera con sus abuelos, desde ese día pasaron 10 años para ver a su madre nuevamente. Señala que siente rabia por el abandono sufrido, sobretodo de parte de su madre: *“... esa señora no se merece nada, una madre no abandona a sus hijos, hoy en día yo no tengo contacto con ella, nunca la perdonaré, sufrí mucho lejos de su lado, me crié con mi abuela, ella fue como mi madre hasta el día que murió...de mi padre se que aún esta vivo solamente”*

Transferencialmente, respecto al inicio del trabajo con Pedro, este se situaba en un lugar de saber, de desconfianza y rivalidad hacia el terapeuta, a medida que en Felipe se producían pequeños avances se acentuó aún más. Posteriormente y luego de trabajar

los aspectos transferenciales, Pedro se mostraba muy adhesivo e intrusivo respecto al encuadre de trabajo:

“Yo le conté a la neuróloga del trabajo que usted ha hecho con mi hijo, ella quedo impresionada, ya que usted ha tenido avances sin medicamentos (...) estamos muy contentos porque se nota que usted se preocupa de los niños, ¿le gustaría conversar con mi otro hijo? (...) le quiero cancelar por adelantado 8 reuniones (...) ¿cuando va hablar con nosotros?; yo estoy dispuesto a venir cuando usted lo solicite”

Por otro lado, en lo que refiere a la historia de la madre, es la menor de cuatro hermanos, siendo ella la única mujer. Expone que a su madre tuvo dificultades para concebir una niña, ya que habría sufrido una pérdida antes de su nacimiento. Manifiesta que su infancia fue tranquila hasta la muerte de su padre cuando ella tenía tres años, situación que hasta el día de hoy la conmueve.

“supe que el murió a los seis años, mi mamá me oculto la muerte de mi padre para que yo no sufriera, me decía que andaba de viaje, yo preguntaba mucho por él, lo extraño mucho, me hizo falta (...) para el día del padre en el colegio la profesora me mando al patio a jugar con otra niña, esta niña me pregunto si yo también no tenía papá, así me enteré de lo que sucedía (...) más tarde supe que se había suicidado, se ahorco, aun no entiendo porque me dejo, no me lo explico, no puedo”

Claudia señala que ha soñado en múltiples ocasiones con su padre, relata que hay un sueño en especial que se repite mucho y del cual despierta llorando y agitada, recuerda:

“... estamos todos almorzando en familia, yo estoy en los brazos de mi padre, me veo muy contenta, luego siento que me deja en el suelo y se aleja de mi, mi madre me grita que el papá va volver enseguida, entonces me viene como una sensación, como que se me apretara el cuerpo y no puedo correr tras él, aunque haga todas las fuerzas, estoy como impedida de hacerlo y mientras más se aleja, más congelada me siento y despierto asustada, aun con esa sensación en el cuerpo”

Respecto a su rol materno, Claudia se describe como una madre preocupada por sus hijos y su marido, se considera absorbida y cansada a veces por lo que ella denomina: *“mis tres guaguas”*. Señala que su primer hijo, Pedro, fue una guagua grande, saludable y que tomó pecho hasta los 4 años, relatando que Felipe no tuvo la misma suerte:

“A él (Felipe) siempre le pasan cosas, en el colegio sobretodo, es bien sensible, le hablan un poquito fuerte y se pone a llorar, y allá tengo que ir yo a solucionar el problema, a mi no me gusta que lo hagan llorar (...) las profesoras ya no me quieren ver, pues me lo paso en el colegio defendiendo a mi hijo, ahora resulta que soy una apoderada conflictiva, en lugar de una madre preocupada”

Finalmente Claudia describe una situación vivida recientemente con su hijo Pedro y que ejemplifica las dificultades de Claudia para VER a sus hijos como sujetos separados en busca de construir un espacio propio.

“...acompañe a mi hijo Pedro al pediatra, era un chequeo general, siempre lo he acompañado desde guagua y siempre entro con él a la consulta, pero esta vez fue distinto, noté cierta incomodidad en Pedro al momento de pasar a ver la doctor, pero igualmente pase con él, hubo un momento en que el doctor le pide que se desvista y Pedro se hacía el tonto, luego se saca la ropa y me dí cuenta que mi guagua había crecido, ya tiene 15 años”

CAPITULO II: MATERNIDAD Y PARTO PREMATURO

“La capacidad de dar a luz es algo biológico, la necesidad de convertirlo en un papel primordial para la mujer es cultural” (Saletti, 2008)

Saletti (2008), manifiesta que la maternidad es una categoría discursiva que se inscribe en la experiencia de los sujetos y determina condiciones de socialización como seres sexuados. Es una variable de la relación humana que, con una función biológica como trasfondo, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con que las mujeres y hombres deben enfrentarse individual y colectivamente.

El discurso social privilegia la función materna como aquella que define a la mujer por encima del cualquier otra actividad, asignándole una etiología natural, cuya imagen es el instinto materno. La definición de la maternidad como un hecho natural es una representación ideológica que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer madre (Ureta de Caplansky, 2006).

Sin embargo, el discurso sobre la maternidad, es un discurso sociohistórico que tiene efectos en la subjetividad infantil desde sus inicios. Más específicamente, es en la relación con la propia madre donde se adquieren y se apropian representaciones de cómo ser madre, influenciado también por el lugar que esa categoría discursiva ocupa en el plano sociocultural; permitiendo además identificaciones a ese discurso que contribuirán a la instancia subjetivante. La maternidad entonces, comprende un largo proceso que adviene mucho antes del parto.

No obstante, las primeras representaciones sobre la maternidad la encontramos en el juego de los niños y niñas: cuando fingen que son la mamá o el papá, cuando pegan, rompen o reparan muñecas o cuando cuidan de ellas, cuando le llaman la atención o la abrazan y acarician. Para entender la rica elaboración interna, hecha de fantasías y representaciones, es necesario remitirse a la relación con sus padres, principalmente con la madre (Amati, 2006).

La relación que cada mujer ha tenido con su propia madre es determinante en el modo en que se relacionará con sus hijos, en especial porque depende de la identidad

adquirida que, a su vez, esta vinculada a la relación materna primitiva y a las relaciones con otros, teniendo un discurso sociohistórico como telón de fondo.

Cabe señalar que son los aspectos subjetivos aquellos que tornan una experiencia maternal distinta a otra. Son las vivencias internas, la mayor parte inconscientes, las que explican el porque cada madre tiene una experiencia distinta, no solo con respecto a otra madre, sino incluso a sus anteriores embarazos.

Cada embarazo es para la mujer fuente de fantasías y deseos diferentes, así como una madre tiene una vivencia interna diferente con cada uno de sus hijos. Todas las fantasías de una mujer sobre su situación como madre o sobre el niño que nacerá, tienen importancia tanto para el proceso del embarazo, así como también, para la futura relación madre-infans (Amati, 2006).

Zelaya (2006), manifiesta que durante el embarazo se reactivan fuertes representaciones inconscientes en la futura madre que se expresan en sueños, fantasías y estado afectivo. La autora considera que son las motivaciones pre-edípicas o edípicas las que configurarían las representaciones pre-conscientes e inconscientes sobre el hijo y la maternidad. En tal sentido, el mundo subjetivo de la mujer sufriría una particular activación, en la que emergerían experiencias primitivas que exigirían un modo de contención y elaboración.

La madre irá manifestando paralelamente al desarrollo fetal, una progresiva capacidad de intercambio imaginario con el infans de la fantasía, y con aquel que se encuentra creciendo en su interior, es la presencia de un doble proceso de nutrir y metabolizar, física y psíquicamente la experiencia de embarazo.

Lebovici & Weil-Halpern (1995), sostienen a su vez, que la madre esta rápidamente en presencia del niño que imagina, esto sucede desde el principio del segundo trimestre de embarazo, momento a partir del cual la vida fetal se siente como existente. Luego, un poco mas tarde, la madre puede imaginar las apariencias de este niño que quiere ver llegar pronto al mundo, interrogándose respecto a la salud, vitalidad y continuidad existencial del bebé.

Durante este periodo del niño imaginario, se elige de buen grado un nombre. El contexto histórico-familiar interviene aquí, debido a que el nombre elegido estará relacionado con un héroe o un personaje secretamente amado y desaparecido o el de un niño muerto prematuramente. El niño nombrado estará revestido de esa identidad de préstamo y será portador de un mandato de hacer revivir al héroe o al muerto, es un no-dicho que va a pesar en el desarrollo del niño (Lebovici & Weil-Halpern, 1995).

El niño imaginario se describe en el campo del preconsciente, hecho de recuerdos latentes que son reactivados por las ensoñaciones diurnas o fantasías. En cambio, el niño fantasmático, es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia y los cuales son uno de los aspectos de la identificación con la madre que se produce en ambos sexos, pero que persisten en la niña (Lebovici & Weil-Halpern, 1995).

Lo transmitido al niño fantasmático son los conflictos inconcientes y repetidos que se agravan cuando surgen dificultades familiares: el infans puede tener alguna enfermedad, minusvalía, daño y aún más, si estas enfermedades no se reconocen inmediatamente se manifestarán en la interacción madre-infans como sentimientos inconcientes de culpabilidad que serán desplazados sobre el infans en expresiones agresivas bajo modalidades depresivas, ansiosas o intrusivas (Lebovici & Weil-Halpern, 1995).

El niño fantaseado durante el embarazo es ideal en el sentido que le confiere anticipadamente una forma lograda al bebé, cuando a veces está bastante lejos de ella. Esta idealización materna le concede al infans una continuidad de existencia.

Aulagnier (1986), sostiene que el derecho de existencia implica asignar un yo anticipado (al niño fantaseado) que lleva consigo la imagen del niño que todavía no esta, imagen fiel a las ilusiones narcisistas de la madre e imagen muy próxima un niño ideal.

Freud señala al respecto: *“Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones y a encubrir y olvidar todos sus defectos. Pero también prevalece la proclividad a suspender frente al niño todas esas conquistas culturales cuya aceptación hubo de arrancarse al propio narcisismo, y a renovar a propósito de él la exigencia de prerrogativas a que se renunció hace mucho tiempo. El niño debe tener mejor suerte que*

sus padres (...) debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. His Majesty the Baby, como una vez nos creímos. Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un grande hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre (...) El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmudación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza” (Freud, 1914b)

Pero este niño ideal no existe, porque solo es una apariencia detrás de la cual se extiende otra exigencia desmesurada: revivir con un niño la relación ideal que no se ha conocido, pero que aun genera nostalgia, con un padre o una madre también ideal (De Mijolla-Mellor, 2006).

De esta madre “suficientemente ideal” en palabras del autor y/o “suficientemente buena” se ocupara Winnicott, señalando que en la mayoría de las madres gradualmente desarrollan un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia fines del mismo. Es un estado que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en los inicios de su vida.

La madre que alcanza el estado, *preocupación maternal primaria*, aporta un marco en el que la constitución del infans empezará a hacerse evidente, en el que las tendencias al desarrollo empezarán a desplegarse. El infans experimentará movimientos espontáneos y se convertirá en poseedor de las sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida (Winnicott, 1956).

Es la impotencia total del recién nacido, su gran fragilidad, lo que caracteriza la fase precoz de la vida, otorgándole una posición central al bebe que obliga al entorno a transformarse para suplir lo que el infans no puede hacer por si mismo y le es vitalmente indispensable. La madre es transformada y se trasforma de sujeto en “objeto”, ella renuncia a su autonomía para volverse aquello que el niño necesita. Sin embargo, esta madre debe proporcionar un espacio para el despliegue de la subjetividad del niño, debe procurar no ser todo para él.

Una pregunta que puede ayudar a esclarecer la problemática planteada en esta memoria es: ¿Qué acontece en los padres y en el infans cuando se produce un quiebre en la continuidad del embarazo producto de un nacimiento prematuro?

Se define nacimiento prematuro como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. A nivel mundial la incidencia de parto prematuro es cercana al 10% del total de nacimientos del mundo. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6%, constituyéndose como la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dependiendo del riesgo de muerte o enfermedad de los prematuros, del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer (MINSAL, 2010)

El nacimiento prematuro interrumpe un proceso biopsíquico, es un evento disruptivo que promueve un encuentro-desencuentro entre los padres y el infans. De esta forma, se requiere de un esfuerzo del recién nacido para habitar un medio sin estar en condiciones de hacerlo y al mismo tiempo, los padres no están “preparados” para este encuentro con un niño real, encuentro inesperado y abrupto, que es vivido angustiosamente.

La experiencia de nacer antes de tiempo resulta dramática para el infans y esta ligada a sensaciones de pérdida de contacto, de aferramiento y caída sin fin; produciendo en algunas casos, dificultades en la construcción de identificaciones corporales. Esta experiencia altera la creación de una coraza protectora antiestímulo dejando al infans a expensas de riesgos de invasión de procesos tóxicos, alterando la estructuración de un yo real inicial (Ruiz, 2004).

Por su parte, la violenta discontinuidad que produce un nacimiento prematuro, suscitará en la pareja parental, un resurgir de experiencias traumáticas de separación tempranas “*sabidas y no pensadas*”. Las defensas maternas-paternas, especialmente las maternas, se concentrarán en negar la realidad de la separación como una manera de sostenerse, impidiendo la elaboración del duelo por la pérdida de lo idealizado. La madre se verá incapacitada de reconocer a su bebe como un ser separado, diferente y necesitado (Ruiz, 2004).

Ruiz (2004), sostiene que cuanto menor sea el tiempo de gestación del bebé, menor será la identificación de este como ser diferente por parte de los padres. La madre lo vivenciará como parte de su cuerpo que se pierde, lo cual implica un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del nacimiento. Agregando que se puede comprender este accionar materno desde la culpabilidad que puede estar experimentado ante un hijo prematuro que viene a reflejar no solo su inmadurez, sino la imposibilidad materna de retener a alguien que es sentido como parte de su propio cuerpo.

Otro aspecto a considerar producto de un advenimiento anticipado, responde a que los intercambios fantaseados entre la madre y el niño, serán alterados y darán paso a intercambios que se realizan en un ambiente médico controlado, el infans será sostenido en sus inicios por el saber médico a través de procedimientos médicos que incluyen habitar una incubadora.

Lo que Winnicott señala como un estado de preocupación maternal primaria, será interrumpido, apareciendo en su lugar una preocupación médica primaria. Dificultando, complejizando y prolongando el estado materno antes mencionado. El rol materno en sus inicios estará mediatizado por un contexto aséptico, y los intercambios entre madre-hijo portarán la angustia frente a un peligro manifiesto de muerte. Este apronte angustioso evocará las antiguas experiencias de separación y pérdida en los progenitores.

El parto prematuro trae como consecuencia la irrupción del infante en la realidad psíquica de la madre en el momento en que ella posee representaciones de su niño fantaseado. El niño que realizaría los anhelos paternos, el niño héroe, el niño ideal, se vislumbrará perturbado, interrumpido, impedido por el niño que ha salido en escena antes de abrir el telón, configurando un nuevo guión.

Respecto a este último punto, Aulagnier (1986), señala que cuando se asume el riesgo de crearse y de reinvertir una imagen en ausencia de su soporte real, se asume también el riesgo de descubrir la no conformidad, el desajuste entre la imagen y el soporte. Se trata de una apuesta inevitable que generalmente la madre consigue ganar. Pero puede ocurrir que la imagen no pueda conciliarse con un cuerpo demasiado diferente, demasiado extraño para la mirada materna.

Las representaciones fantaseadas de la madre exigen una confirmación desde las manifestaciones del infans y su cuerpo. Aquellas producciones del infans que no ratifiquen la representación fantaseada serán desestimadas, excluyendo también la posibilidad del infans de experimentarse como ser diferente en la psiquis materna.

La recodificación que la madre realice de los mensajes del infans se mostrará correcta cuando el mensaje venga a confirmar su propia representación de aquel. Ciertos rasgos de la conducta, de las funciones somáticas, de las primeras manifestaciones del despertar se verán idealizados, sobreinvertidos y en cambio serán desvalorizados, combativos o radicalmente no vistos todo signo de vida y toda modificación que exterioricen y subrayen la diferencia (Aulagnier, 1986).

Sería preciso que la madre diese espacio a un representante psíquico del niño que exigiese la desaparición del que lo precedía, único que podía sostener una representación relacional madre-hijo ajustada a la economía psíquica materna (Aulagnier, 1986).

Aulagnier (1986), denomina traumatismo del encuentro, a ese recién nacido que se impone a su mirada fuera de la historia, el niño rompe con su continuidad con el riesgo de poner en peligro la totalidad de una construcción, cuya fragilidad parecía oculta.

Este encuentro-desencuentro va a exigir una reorganización de la economía psíquica de la madre, que deberá hacerlo extensivo al infans, la investidura de la que hasta entonces gozaba únicamente el representante psíquico que lo precedió, (el héroe, su majestad), deberá dar paso a uno que contenga al infans que tiene en los brazos.

La respuesta representacional materna al evento traumático, en el caso presentado, consiste en la representación de un niño fragilizado, vulnerable, dañado; que da cuenta y es una repetición al mismo tiempo de su propia fragilidad frente a la experiencia traumática de separación actual, como rememoración de aquella angustia experimentada por el suicidio de su padre.

Esta representación que se impone en la psiquis materna, interferirá en la asistencia y funciones maternas, otorgando un lugar especial al niño y dificultando los procesos de separación-individualización. Ese lugar especial, está constituido por la

fijación de una imagen fragilizada, imagen de un niño prematuro que es presentada, hablada y actuada; invisibilizando las manifestaciones propias del infans.

¿Como puede Felipe nombrado como “el niño prematuro” renunciar a ser ese padecimiento para lograr establecerlo como parte de su historia en su devenir sujeto?

CAPITULO III: TRAUMA PRECOZ MATERNO

El parto prematuro como evento disruptivo de carácter traumático, se traduce en un desvalimiento psíquico para la madre y el niño, en cuanto a una posible perdida por muerte y/o separación. Esta angustia que se suscita en la madre remite a preguntarnos por antiguas experiencias de separación que adquirieron un matiz traumático en la subjetividad materna.

Freud (1926) dialoga con Otto Rank respecto a la idea de este último que considera que el nacimiento constituye la primera experiencia traumática vivida por los individuos. Señalando que el paso de un estado intrauterino a un estado fuera del vientre materno posee una sobrecarga económica necesaria para convertirse en una experiencia de carácter traumático. Freud manifestará que en el individuo no solo el carácter económico es suficiente para considerar al nacimiento como un hecho traumático, también lo es la separación de la madre que suscita el acto de nacer.

Freud (1926) señala que esta separación primordial constituirá la primera experiencia angustiosa de todo individuo que posteriormente se reeditará en las separaciones que el niño vive en su desarrollo, como el destete, la excreción, la voz, la mirada y finalmente la amenaza de castración en el complejo de Edipo.

La infancia se caracteriza por las múltiples separaciones que un niño debe atravesar. Estas “pérdidas” son necesarias e indispensables para la apertura hacia la vida personal a partir de la dependencia que caracteriza a los vínculos primarios.

“Como una reacción frente a la ausencia del objeto; en este punto se nos imponen unas analogías: en efecto, también la angustia de castración tiene por contenido la separación respecto de un objeto estimado en grado sumo, y la angustia más originaria, la angustia

primordial del nacimiento, se engendró a partir de la separación de la madre". (Freud, 1926)

Freud destaca que las experiencias tempranas de pérdida sumen al sujeto en un estado de desvalimiento, de total impotencia motriz y psíquica frente a las irrupciones de estímulos de origen interno y externo.

Sin embargo, no es habitual que un niño se vea enfrentado a la muerte de alguno de sus padres como en la situación del caso presentado. Cuando esto sucede la conmoción suele ser particularmente intensa debido a su psiquismo en formación. El infans necesita a sus padres como soporte narcisista, como sostén identificadorio, como figuras receptoras a sus movimientos pulsionales (Ruiz, 2004).

Frente a la pérdida de una figura significativa, algo de aquello no representado se movilizará en momentos como la adolescencia, acceso a la maternidad, en experiencias de pérdida y/o separación o también en la regresión que implica un proceso analítico, asistiendo a procesos de repetición.

Freud en *inhibición, síntoma y angustia*, señala el carácter traumático que podemos encontrar en las experiencias de pérdida parental, pérdida del amor de los objetos y/o pérdida del amor de la madre:

"Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos anémicos" (Freud, 1926).

En un intento reflexivo sobre el modo en que opera la presencia de lo traumático en un psiquismo aún en proceso de subjetivación, Freud señalara que aquellos acontecimientos excluidos del entramado psíquico permanecerían, traducidos o no en una manifestación sintomática a modo de marca, de cicatriz:

"Al trauma de la infancia puede seguir de manera inmediata un estallido neurótico, una neurosis de infancia, poblada por los empeños defensivos y con formación de síntomas. Puede durar un tiempo largo, causar perturbaciones llamativas, pero también se la puede pasar latente e inadvertida. En ella prevalece, por lo común, la defensa; en

todos los casos quedan como secuelas, alteraciones del yo, comparables a unas cicatrices” (Freud, 1939).

Freud (1926), sostiene que el trauma no depende únicamente de su intensidad, sino que también obedece al grado de organización yoica. Frente a un yo organizado frágilmente, el impacto traumático es más difícil de tramitar, agregando que frente a este escenario resulta dificultoso investir el aparato con angustia señal.

“Debo hacer una pequeña digresión. ¿No es verdad que el pequeño ser vivo es una muy pobre e impotente cosa frente al mundo exterior avasallador, desbordante de influencias destructivas? Un ser vivo primitivo, que no haya desarrollado una suficiente organización yoica, está expuesto a todos esos traumas. Vive la satisfacción ciega de sus deseos pulsionales, y con harta frecuencia zozobra a raíz de ella. La diferenciación de un yo es sobre todo un paso hacia la conservación de la vida” (Freud, 1926).

Freud sostiene que ante una experiencia traumática, el psiquismo tiende al dominio de aquello que carece de representación psíquica por medio de un intento de repetición activada de un trauma moderado, para así poder ligarlo psíquicamente.

“El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de este, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su curso. Sabemos que el niño adopta igual comportamiento frente a todas las vivencias penosas para él, reproduciéndolas en el juego; con esta modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad procura dominar psíquicamente sus impresiones vitales” (Freud, 1926).

Actualmente destacaríamos el papel del otro, subrayando entonces que lo traumático responde a la reactivación de marcas que de una u otra forma remiten siempre a los primeros encuentros con el otro originario. Se trata de huellas inconscientes de vivencias que no pudieron elaborarse y que han incidido de alguna manera en las características de la dinámica pulsional y representacional de la díada madre-hijo.

Un concepto que permitiría comprender esta reactivación de “marcas” precozmente acontecidas, es aquel que Freud trabaja en *Más allá del principio del placer*,

a propósito de sus observaciones de las neurosis traumáticas, del juego de su pequeño nieto y del estudio de transferencia: La compulsión a la repetición.

Chemana (1998) sostiene que la compulsión de repetición es el proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas sin recordar el prototipo de ellas, es decir, la compulsión a la repetición se ahorra el vínculo con el objeto, no ha podido ligarse a una representación psíquica y solo puede manifestarse en puro acto.

Asimismo, Marucco (2010) refiere que la repetición, incluye una pregunta por: lo representado, lo no representado que puede adquirir representación, y lo irrepresentable en el psiquismo. La repetición traería a luz las huellas de esa relación, con sus transformaciones, sus atascamientos, su particular articulación con lo traumático, y con aquello que está aún más allá del trauma: el vacío, la ausencia, la nada. Ante la imposibilidad de subjetivación de esa repetición el sujeto parece quedar atrapado por el destino, por ese tiempo detenido, coagulado.

“En éstas hace la impresión de un destino que las persiguiera, de un sesgo demoníaco en su vivenciar (...) determinado por influjos de la temprana infancia. La compulsión a la repetición que así se exterioriza no es diferente de la de los neuróticos, a pesar de que tales personas nunca han presentado los signos de un conflicto neurótico tramitado mediante la formación de síntoma (...) “Este ‘eterno retorno de lo igual’ (...) nos sorprende mucho más en los casos en que la persona parece vivenciar pasivamente algo sustraído a su poder, a despecho de lo cual vivencia una y otra vez la repetición del mismo destino”
(Freud, 1920)

Una afirmación se impone en la clínica de la repetición: hay algo que no se puede recordar. ¿Qué es lo que se resiste al recuerdo, a la palabra; en suma, a la representación? Freud responde:

“algo vivenciado en la edad temprana y olvidado luego, algo que el niño vio u oyó en la época en que apenas era capaz de lenguaje todavía” (Freud, 1937).

No hubo tiempo, ni psiquismo suficientemente estructurado, para que “lo traumático” pudiera ser contenido por la representación e incluido en las regulaciones del principio del placer y así entrar en los derroteros significantes que lo hicieran más accesible al trabajo analítico. La falta de representación, y la compulsión a la repetición del trauma, parecen anular por anticipado todo esfuerzo de inclusión en el campo del análisis. Aquello no representado e irrepresentable de la pulsión, que no llega al campo de la palabra, produce un cortocircuito que lo ubica en el pasaje al acto o en el cuerpo (Marucco, 2010).

¿Estas huellas ingobernables, este trauma que se presenta en la infancia materna y que luego es reeditado frente a la experiencia de pérdida que constituye un parto prematuro, tendrán efectos en la constitución subjetiva-corporal de Felipe?

CAPITULO IV: TRANSMISIÓN TRAUMÁTICA

Stern (1997), señala que el “mundo” representativo no solo comprende las experiencias parentales de la relación actual con el infans, sino que también sus fantasías, sus esperanzas, sus temores, sus sueños, los recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental, lo hablado, lo oculto como secreto inconfesable; también incorpora aquello que se hace acto inconsciente, lo traumático no elaborado y las profecías sobre el futuro del niño. Agregando que en las experiencia interactiva entre el infans y el inconsciente maternal, traducido en actos relacionales, acompañados o no de palabras, promueve y/o obstruye la subjetivación del infans.

Stern (1997), afirma que la fantasía o representaciones preconsciente e inconscientes de la madre no influyen en el niño por arte de magia. El niño no puede captar la sustancia de la vida mental de su madre a menos que esta la exprese abiertamente con su conducta interactiva con aquel que tiene en sus brazos.

“Recientemente se dice que las fantasías Precc-lcc maternas incorporadas a través de la identificación proyectiva son los cimientos del desarrollo psíquico del niño. Pero antes las representaciones y las fantasías deben adoptar una forma que sea perceptible, discriminable, directamente influenciable y potencialmente cargada de sentido para el

niño. En otras palabras primero deben transformarse en comportamiento interactivo”
(Stern, 1997)

La actuación sobre el infans de una representación de la madre no es un acontecimiento unilateral. Requiere de ciertas acciones reciprocas o complementarias del infans para que puedan ser actuadas. El infans no es una victima pasiva de las representaciones de la madre sino que en cierta forma colabora en ella.

Se ha señalado que la experiencia de perdida que convoca en un parto prematuro hace revivir en la madre anteriores experiencias de separación, que en el caso presentado, obedecen a la re-experimentación de una experiencia de perdida traumática, como lo es la muerte de un progenitor en momentos de formación del aparato psíquico.

La historia de los padres de este paciente están marcadas ellas mismas por acontecimientos de carácter traumático y que han sido trasmitidos de manera brutal, provocando un exceso de excitación. Lo que produce un efecto traumático son las palabras que escucha el niño acerca de los acontecimientos traumáticos o la ausencia de esas palabras.

En relación a estos recortes de la experiencia que se transmiten, Serge Tisseron en su obra *El psiquismo ante la prueba de las generaciones* (1995), expone los trabajos de Nicolás Abraham y María Torok respecto a la transmisión de traumas transgeneracionales.

Abraham sostiene en lo referente a su teoría del fantasma, que el individuo es un grupo interiorizado cuya psique está sometida a la prueba de las generaciones, planteando la existencia del lazo social como fundamento hecho psíquico individual. Desde esta perspectiva, manifiesta que los vínculos que unen al individuo con las generaciones anteriores influyen en sus relaciones próximas. Estas influencias se ejercen en sus dinámicas conscientes e inconscientes afectando positiva o negativamente el acontecer psíquico. De esta forma, también se transmitirá a los hijos el trabajo de superar las cuestiones que permanecieron en suspenso en el inconsciente de los padres.

Esta transmisión es teorizada a través del concepto de cripta y trabajo del fantasma. Respeto al primero, señala que la cripta es una configuración psíquica como resultado de un acontecimiento impactante donde el sujeto puede ser participe o testigo y que es condenado al secreto. Este acontecimiento, toma según Tisseron (1995) la forma de una cripta, en este caso en la psiquis de los padres, sosteniendo además que la vergüenza juega un papel fundamental:

“una vergüenza familiar totalmente encubierta por el silencio podrá expresarse más tarde por enfermedades psíquicas o físicas en los descendientes” (Tisseron, 1995).

El sujeto enfrentado al acontecimiento generador de una cripta, realiza una renegación de su propio dolor ocasionada por la violencia de los afectos experimentados, resultando el acontecimiento en un indecible que permanecerá en la psiquis del sujeto y que será transmitido a sus descendientes mediante el trabajo del fantasma.

Para Abraham, la primera dificultad del ser humano consiste en la introyección de la relación inicial con la madre que otorga al bebé la posibilidad de diferenciarse de ella. Sin embargo, este proceso va a tener algunas dificultades en los sujetos portadores de cripta debido a que la madre no ha logrado introyectar o elaborar el acontecimiento, constituyéndose como portadora de un indecible.

“el funcionamiento psíquico de un niño en contacto con un portador de cripta se ve afectado por una forma que es designado como el trabajo del fantasma en el seno del Inconciente, (...) para esta generación los acontecimientos se han convertido en innombrables, es decir, no pueden ser objeto de ninguna representación verbal, sus contenidos son ignorados y su existencia es solo presentida e interrogada” (Tisseron, 1995).

De esta forma, el hijo criado por los padres portadores de un traumatismo no elaborado se verá enfrentado al traumatismo de las figuras significativas de las cuales depende psíquicamente. El fantasma es el resultado de los efectos sobre el inconciente de un sujeto en contacto con un portador de cripta, es decir, de su secreto inconfesable. Para esta generación los acontecimientos no son indecibles, sino más bien innombrables, es decir, que no pueden ser objeto de ninguna representación verbal. Además, la

teorización sostiene que para la tercera generación los acontecimientos indecibles se tornaran impensables debido al trabajo del fantasma.

Respecto de la transmisión traumática que se propone, los autores argumentan que el símbolo se encuentra fragmentado debido a un fracaso en su producción, es así como su contenido se transmite parcialmente o a través de incongruencias en su forma de expresión. De este modo, para Nicolás Abraham, las influencias entre generaciones no se operan en torno de contenidos psíquicos que estarían presentes en lo “no significado” o lo “no simbolizado”, sino en torno de símbolos rotos cuyos fragmentos están estallados.

Lo anterior, permite conjeturar que si bien existe una transmisión de contenidos, a través de símbolos fragmentados, también se transmite una alta posibilidad de fracasar en la introyección de dichos contenidos, es decir, el trabajo elaborativo de los descendientes se presentará profundamente dificultado. Los autores llaman inclusión al mecanismo psíquico puesto en juego cuando la introyección es imposible.

La particularidad del mecanismo de inclusión no reside en el acontecimiento traumático acaecido en la madre, sino más bien en la imposibilidad de elaborar aquellos restos traumáticos experimentados como impropios.

Esta extrañeza frente a lo transmitido es trabajada también por Ciccone (1997), quien considera que en la transmisión traumática se transmiten brutalmente objetos no metabolizados y difícilmente transformables por el yo en estructuración, imponiendo al yo del niño a una experiencia brutal de alteridad; señalando que la transmisión es traumática cuando el objeto transmitido conserva así un carácter de extrañeza y permanece difícilmente apropiable por el yo.

La transmisión traumática arrasa los procesos transicionales, impide su despliegue por esta violencia ejercida sobre el sujeto, instalando a este último en suspenso de apropiación. El sujeto fracasa en retomar por su cuenta lo que le es transmitido y en devenir así en sujeto de su historia.

Sin embargo, se establece una diferencia fundamental entre los postulados expuestos por Tisseron y Ciccone.

El sujeto que plantea Tisseron en su obra recopiladora, es un sujeto pasivo respecto del trabajo elaborativo, se presenta un encapsulamiento de la situación traumática que en pequeños recortes es transmitido a los descendientes, quienes también presentan una actitud pasiva frente a fragmentos que no le pertenecen. Esta generación padecerá el estallido del símbolo a modo de onda expansiva y así sucesivamente será transmitido de generación en generación hasta que se agote la economía-energética del trauma original a nivel de padecimientos psíquicos y corporales.

Por el contrario, Ciccone reconoce una dimensión más activa del sujeto que no logró elaborar una experiencia traumática. En el caso presentado, el nacimiento prematuro ocupará un lugar de trauma auxiliar para la madre, quien reactivara la cicatriz psíquica dejada por la ausencia y suicidio paterno en los primeros años de vida.

Esta reactivación implica un trabajo elaborativo a través de la relación que establecerá con su hijo. La madre elaborará la ausencia paterna por medio de la presencia del hijo. Sin embargo, este accionar elaborativo tendrá consecuencias traumáticas en el niño a modo de una patología psicósomática. Es la propia elaboración materna que promueve una experiencia traumática en el hijo.

De esta forma a diferencia de Tisseron, lo que se trasmite no son fragmentos de símbolos estallados, sino que por medio de la elaboración traumatizante se transmiten aquellos contenidos no metabolizados e indeseados con su respectivo afecto angustioso. La madre transmitirá al hijo el mensaje: *“lo indeseado es la ausencia, lo placentero es la presencia”*. Por su parte, el hijo hará cumplir ese mandato hasta el momento en que su síntoma psicósomático se revele como una resistencia, como una alarma de la subjetividad situada en el cuerpo.

Respecto a lo anterior, Ciccone (1997), propone a la identificación proyectiva, como mecanismo psíquico inconciente de la transmisión traumática, pues lleva al sujeto a inducir en el otro, por maniobras interactivas, la actitud interna proyectada para controlar al otro, para controlar esta parte del sujeto con la cual permanece vinculado pues carece de una representación.

El concepto de identificación proyectiva mencionado, es definido por Melanie Klein, en *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, como un mecanismo psíquico que tiene lugar en la fantasía inconsciente, mediante el cual se expulsa e introduce un aspecto total o parcial dentro de otra persona para controlarlo, atacarlo o poseerlo:

“cuando la proyección deriva del impulso del niño a dañar o controlar a la madre, el niño la siente como un perseguidor” (...) “los impulsos de controlar un objeto desde dentro, despiertan el miedo de ser controlado y perseguido dentro de él” (Klein, 1967)

La Identificación Proyectiva es un mecanismo inconsciente mediante el cual se tiende a buscar, controlar y poseer al objeto. Deslizándose una intención agresiva, cuyo exceso puede ser des-subjetivante. Se proyectan partes escindidas del yo y de los objetos internos con la intención de tener control sobre los objetos externos. También se proyectan partes malas del yo para liberarse de ellas, o tal vez partes buenas con la intención de protegerlas de las partes malas introyectadas (Segal, 1971).

“Cuando se proyectan las partes malas, el objeto se convierte en un perseguidor temido; cuando se proyectan las partes buenas, se produce una dependencia esquizoide particular del objeto: éste debe ser controlado, porque la pérdida del objeto implicaría la pérdida de una parte de uno mismo (...) La identificación proyectiva es la base de las relaciones de objeto narcisistas” (Segal, 1971).

Segal (1971), señala que se pueden proyectar partes buenas para evitar la separación o para mantenerlas a salvo de la maldad interna o para mejorar al objeto externo a través de una especie de primitiva reparación proyectiva.

Ciccone (1997), sostiene que las modalidades de acción sobre el otro, correlatos fenomenológicos de la identificación proyectiva, atañen no solo al comportamiento o actitudes, sino también al lenguaje. La trasmisión se efectúa por efecto del inconsciente, efectos verbales, pero más particularmente efectos no verbales, infraverbales. El inconsciente se trasmite en lo infraverbal, en la manera de decir más que en el decir mismo. Se trasmite por lo no verbal, el comportamiento, las actitudes, los gestos, los signos que componen la comunicación, frente a los cuales el niño es muy sensible.

En la identificación proyectiva el sujeto proyecta una representación y actúa sobre el objeto receptáculo de la proyección, por manipulaciones, para que este se conduzca en ecuación con la parte proyectada del sujeto. El síntoma se presenta entonces como el fruto de un verdadero contrato inconsciente que liga al hijo con el progenitor y que es impuesto al hijo por la madre. Este contrato que el progenitor impone al hijo es un contrato de repetición, que busca tratar una experiencia traumática (Ciccone, 1997).

Este proceso utiliza las vías de la identificación proyectiva mutua, configurándose desde el punto de vista del progenitor la representación *hijo frágil y vulnerable*, que es proyectada e identificada con el hijo, en tanto el progenitor hace maniobras en la relación interactiva que buscan confirmar esta identificación. Por otro lado, desde el punto de vista del niño, la representación es ya cautivante, en ese caso es infiltrada y generadora de un falso self (Ciccone, 1997).

Esta intrusión representacional materna es una medida defensiva contra las angustias catastróficas, las angustias depresivas y persecutorias. Es un proceso que puede ser activado por la transformación de un objeto ideal en un objeto persecutorio; como el hijo dañado que deteriora los objetos internos parentales y reaviva los traumatismos anteriores y las decepciones originarias.

Lo anterior convoca una dimensión histórica que es portadora de experiencias traumáticas y una dimensión actual de realización de transacciones e interacciones que transmiten lo traumático, constituyéndose la interacción misma entre madre-hijo como traumática.

La materialidad de las experiencias traumáticas no elaboradas y transmitidas por identificación proyectiva, se revelan en la relación entre madre-hijo. Winnicott llamará fallas ambientales, a aquellos aspectos de la interacción entre madre-hijo que dificultan la subjetivación del infans, asignándoles un carácter traumático que tendrá efectos en el cuerpo y la subjetivación del infans.

CAPITULO V: EL TRAUMA COMO FALLA AMBIENTAL EN D. WINNICOTT

Son variados los autores que se interesan por el estudio de las primeras relaciones que se establecen en la diada madre-infans; entre ellos destaca W. R. Bion (1980) con su concepto de la capacidad de ensoñación o capacidad de reverie de la madre. Sin embargo, es D. Winnicott quien a juicio del autor proporciona elementos teóricos que permiten pensar la particularidad del caso presentado.

Winnicott afirma que una de las funciones primordiales de la madre es permitir al bebé la ilusión de que aquello que existe en el mundo está allí porque fue creado por él. Esta concesión materna resulta esencial para el bienestar y constitución psíquica del infans, considera imprescindible para que la madre pueda iniciar una desilusión gradual del vínculo entre ellos. Esta desilusión, dosificada en la medida exacta que el bebé necesita según las particularidades de la diada madre-bebé, debe permitir la presentación de la realidad en porciones soportables.

La madre constituye para el niño, en los primeros momentos, una barrera de protección contraestímulos, cuya tarea es resguardar que aquello que surge desde la realidad externa no se convierta en un exceso insoportable. Para Winnicott, la función materna es facilitar el encuentro con el mundo, introduciéndolo como algo sobre lo cual se puede crear y obtener placer. El fallo en esa función tendrá implicaciones psíquicas profundas y duraderas, manteniendo íntima relación con el traumatismo precoz y los estados que llamó de agonía sin nombre o derrumbe.

En el texto, *pediatría y psicoanálisis*, Winnicott sostiene que el infans posee dificultades para comprender e integrar lo que sucede en su entorno. Es la madre quien propicia esta conquista, al considerar a su hijo como un ser humano en proceso de subjetivación, otorgando de esta manera una sensación de continuidad existencial, evitando en el bebé experiencias que le señalen su precariedad integrativa.

“por que cree en el bebé en tanto que ser humano por derecho propio, la madre no precipita su desarrollo y de esta manera le permite entrar en posesión del tiempo y de un sentimiento de ir desarrollándose de forma interna y personal. Para la madre el pequeño

es un ser humano completo desde el principio, lo cual le permite a ella tolerar su falta de integración y su débil sensación de vivir en un cuerpo” (Winnicott, 1948).

Se observa el delicado trabajo de la madre al permitirle al bebé la ilusión de que él crea el mundo y sus cosas, que él la crea y la hace desaparecer cuando quiere. Este accionar materno impide que las impresiones que afectan al bebe, se constituyan como experiencias de discontinuidad existencial.

“La madre protege el bebé de coincidencias y conmociones, tratando de que la situación física y emocional sea lo bastante sencilla como para que la comprenda el pequeño, y al mismo tiempo, rica en grado adecuado a la creciente capacidad del bebé” (Winnicott, 1948).

Si esta función materna falla, se produce un exceso de alteridad, en que la participación del otro asume la forma de una arremetida traumatógena que se produce por la omisión o por la intrusión. La falla materna puede ser generada por la incapacidad para tolerar o comprender la debilidad y el ritmo propio del bebé, esperar sus tiempos, soportar su poca capacidad para reconocerla de inicio.

La imposición del ritmo de la madre, la intrusión de sus necesidades por sobre las del bebé en proceso de subjetivación, impide que el bebé realice una desilusión gradual y se apropie de la realidad. Este proceder materno dificultará la instancia separación-individuación propiciando, como en el caso presentado, una indiferenciación del niño respecto de sus progenitores, específicamente en relación a su madre.

Winnicott (1965), trabaja la noción de trauma respecto de sus planteamientos relacionados con la dependencia del niño a un otro-auxiliar. Señalando la interrupción de la continuidad existencial si la función materna deviene en una falla ambiental, ya sea por omisión, intrusión, ausencia o abuso. Si esta insuficiencia ambiental acontece en los momentos más tempranos de la constitución subjetiva, no serán registradas como experiencia, sino que permanecerán inscritas a la espera de un encuentro que haga posible su irrupción.

En el caso presentado estos encuentros-desencuentros-reencuentros se libran en el campo de lo traumático. Madre e hijo experimentan un encuentro abrupto, que promueve un reencuentro inconsciente entre la madre y sus antiguas experiencias de separación, desencadenando a su vez un desencuentro entre madre-hijo que impactará el cuerpo del infans dificultando la función maternante.

A propósito, Winnicott sostendrá que la madre brinda al niño en crecimiento una protección contra traumas severos. En esta perspectiva hay un aspecto normal del trauma pues la madre está siempre 'traumatizando' en un marco de ajuste y habilidades de la madre para percibir la capacidad que tiene su hijo de emplear nuevos mecanismos mentales:

“Hay pues un aspecto normal de trauma. La madre esta siempre traumatizando dentro de un marco de adaptación y así el bebe pasa de la dependencia absoluta a la dependencia relativa. Pero si el resultado difiere del de un trauma, ello se debe a la habilidad de la madre para percibir la capacidad que tiene su hijo en cada momento de emplear nuevos mecanismos mentales” (Winnicott, 1965).

Pero no lo protegen de lo que llama 'traumas sutiles' que pueden ser peores que los traumas severos padecidos por los adultos. Se trata de traumas tempranos que se vinculan al lazo inicial del niño pequeño con la madre y competen al registro narcisístico:

“La protección contra traumas severos no incluye la protección frente a traumas sutiles, que para los niños y bebes pueden ser peores que aquellos otros traumas severos que conmocionan a los adultos” (Winnicott, 1965).

Winnicott indica que el trauma es una intrusión que proviene del ambiente, que no respeta la individualidad del niño, obturando el despliegue de los mecanismos que hacen predecible lo impredecible.

“El trauma es una falla relativa a la dependencia. Es aquello que quiebra la idealización de un objeto por el odio de un individuo, reactivo frente a la falla de ese objeto en lo que atañe a cumplir su función (...) el niño puede ser consciente de que lo que él no puede soportar es la incapacidad de la madre para hacer frente al hecho de perderlo (...) el

trauma es la destrucción de la pureza individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible” (Winnicott, 1965).

Un quehacer materno suficientemente bueno es aquel que permite al bebé no verse obligado a enfrentar lo impredecible hasta ser capaz de dar cabida a las fallas ambientales.

Winnicott también agrega una dimensión activa del lado del niño que se conjuga con la pasiva y que en su conjunto define lo traumático. A la intrusión y fallas del ambiente que ya destacamos le siguen las reacciones del bebé ante lo impredecible:

“El odio reactivo del bebé o niño quiebra el objeto idealizado, y es dable que esto sea experimentado como un delirio de ser perseguido por los objetos buenos. El odio que genera en el individuo, odio hacia el objeto bueno, que no se experimenta como odio sino, en forma delirante, como ser odiado” (Winnicott, 1965).

Desde lo anterior, se conjetura que la relación de cuidado que se establece entre madre e hijo respecto al padecimiento asmático infantil, constituye una instancia que posibilita la tramitación tanto de la culpa maternal como del odio que experimenta el infans producto de la intrusión ambiental que no le otorga espacio de reconocimiento a su despliegue psíquico-motor e impide su unificación narcisística, ocasionando la experiencia de un yo fragilizado.

Respecto a la constitución yoica, Freud (1923), sostiene que el cuerpo ocupa un lugar fundamental en la constitución del Yo, a propósito de la elaboración de la segunda tópica sostendrá que *“el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es solo una esencia superficie, sino él mismo, la proyección de una superficie”*. El Yo se deriva de sensaciones corporales principalmente que se originan en la superficie del cuerpo.

De esta forma Freud presenta la relevancia de la experiencia corporal en la constitución del Yo, procesos que se producen simultáneamente, es decir, todas aquellas sensaciones que el infans percibe a nivel corporal, sensaciones que un otro (materno) provoca en él, ya sea, caricias, palabras, posturas experimentadas al momento de alimentarse desde el pecho materno, incomodidad o confort, entre otras; y también las

sensaciones experimentadas internamente por el infans, van contribuyendo a la constitución del Yo del infans.

Así, la forma en que otro (materno) va marcando el cuerpo del infans promueve la constitución de un Yo según como esas sensaciones corporales son experimentadas dentro de la particular interacción que se establezca entre madre-hijo. La imagen, la palabras y los comportamientos de la madre en torno a un cuerpo fragilizado y vulnerable propiciarán la vivencia de un Yo igualmente debilitado.

Es en el encuentro con otros, vivenciado como excesos de alteridad portados por la palabra del otro, por el acercamiento del otro, por los juegos de los otros donde se revela una fragilidad yoica-corporal y un vínculo indiferenciado con las figuras significativas en el caso de Felipe.

Respecto a esta indiferenciación Winnicott (1979), sostiene que la separación consumada en el tiempo y distancia oportuna y tolerable es condición necesaria para que el objeto se borre como representación indiferenciada, propiciando un espacio psíquico materno donde el niño se apoyará para acceder a su propia subjetividad. Si la creación de este espacio interno fracasa en alguna medida, dificultará también el acceso a la simbolización, dando lugar al papel protagónico del cuerpo.

CAPITULO VI: UN DESENLACE PSICOSOMÁTICO

“En el momento de nacer no hay nada más psicosomático que un infans, el cuerpo ocupa un lugar de privilegio” (Marcelli, 2007).

Hasta aquí se ha señalado que la experiencia de un parto prematuro, hace revivir en la madre una situación traumática precoz. La reacción materna es reconstruir una representación de un hijo vulnerable y frágil por medio del mecanismo inconsciente denominado identificación proyectiva. La madre proyecta sus propios aspectos desvalidos en el niño y se identifica con ellos. Esto lleva a la madre a tener comportamientos “intrusivos-elaborativos” hacia el infans, bajo la modalidad de brindar cuidados y protección sin tener miramiento por las manifestaciones particulares del niño,

traduciéndose en formas que adquiere la trasmisión traumática, que a su vez, por el temprano desarrollo yoico del niño impactan su cuerpo.

La relación madre-hijo va a tener un efecto decisivo sobre la construcción del cuerpo y sus enfermedades, estando fuertemente determinada por el discurso social y las pautas superyoicas imperantes en el entorno donde el infans nace. El hijo será afectado por el inconciente de su madre que incluye el ideal del yo que responde a la cultura (Waserman, 2010).

El caso presentado permite reflexionar a cerca de aquellas experiencias traumáticas en la madre que desbordaron su psiquismo en formación y permanecieron como cicatrices que son reexperimentadas a la luz de un parto prematuro. Paradojalmente la madre administra cuidados al hijo que adquieren un carácter intrusivo y traumático según Winnicott. Esta relación traumatógena entre madre-infans se traducirá en una patología psicósomática en el infans, estableciendo a su cuerpo como la víctima de afectos y pulsiones no representados contenidos en la relación misma.

Este sufrimiento del cuerpo infantil induce en la madre una respuesta que retornará al niño en forma de revelación sobre lo que su sufrimiento representa para el otro. El cuerpo sufriente, sea que el sufrimiento se origine en una afección orgánica o que responda a la participación somática desde una vertiente psíquica, cumplirá un papel decisivo en la historia que se construirá sobre el niño, respecto del devenir de su cuerpo y por ende de si mismo (Aulagnier, 1986).

“Frente a un ámbito sordo a las expresiones de su sufrimiento psíquico, el niño intentará y a menudo conseguirá, servirse de un sufrimiento de fuente somática para obtener una respuesta” (Aulagnier, 1986).

La patología psicósomática designa los desordenes orgánicos cuya génesis y evolución reconoce una participación psíquica. Dolto señala al respecto:

Los trastornos psicósomáticos son afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay lesiones, no hay trastornos neurológicos y sin embargo, el individuo padece un desarreglo en su salud, sufre. Su

cuerpo está enfermo. Pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente (Dolto ,1997).

Por su parte, (Kreiser, Fain, & Soulé, 1999) sostienen que se produce una ruptura del sistema defensivo, en la cual la libido pierde su cualidad afectiva para convertirse en una excitación perturbadora que afecta al organismo, el cual se defiende en su nivel biológico.

“Es una ruptura del sistema defensivo dado que por el hecho de que ningún niño, solo, puede filtrar los embates del mundo y su propio embate pulsional, sino hay otro que metabolice la urgencia interno-externa, esta aparecerá como excitación perturbadora en el organismo (...) Al no tener un metabolizador externo el niño se atraganta en sus afectos. Las pulsiones, en vez de ser buscadoras de objetos, quedan atrapadas, intoxicando al organismo” (Janin, 2002).

La patología psicósomática se produce bajo la influencia de hechos traumáticos cuya consecuencia es la ruptura de la economía psicósomática habitual. En el caso presentado lo traumático corresponde al vínculo establecido entre madre-hijo.

“... lo psicósomático proviene más bien de un dolor padecido en ocasión de un sufrimiento íntimo, debido a una relación decepcionante con un ser significativo (...) lo psicósomático actual es una repetición, a veces amplificada, de una disfunción pasada, real o imaginaria, del cuerpo propio del paciente (...) habría pues algo más arcaico en los trastornos psicósomáticos” (Dolto, 1997).

La relación “decepcionante” establecida entre madre-hijo que propicia un vínculo indiferenciado a expensas del progreso de la separación-individuación, se constituye como un aspecto fundamental de una patología psicósomática. Esta forma traumática vincular, se encuentra mayormente en los niños aquejados de asma (Lebovici & Weil-Halpern 1995).

La presencia física de la madre demasiado abrumadora, interrumpe los mecanismos de adquisición de la autonomía, que en condiciones normales se vinculan

con la vivencia de ausencia. Las gratificaciones narcisísticas muy intensas y prolongadas se mantienen a costa de las actividades autoeróticas, la fantasía, y la representación.

“La falta de contacto tiene algo que ver con el tacto, la piel, el eczema. El excesivo contacto tiene que ver con el ahogo y el asma” (Waserman, 2010).

Según Lebovici & Weil-Halpern (1995), en los niños asmáticos se encuentran los siguientes rasgos de identidad:

- 1) Gran fragilidad emocional, sensibilidad afectiva.
- 2) La intensidad de las necesidades afectivas redobladas por una debilidad de los medios autónomos para satisfacer estas, de lo que resulta una necesidad imperiosa e incesante de atarse a las personas y al ambiente
- 3) Intolerancia frente a situaciones conflictivas
- 4) Anulación de la agresividad del sujeto

Si bien algunas características mencionadas acerca de la patología asmática coinciden con aquellas presentadas en el caso, a juicio del autor, es la ambivalencia entre separación y la necesidad de protección lo que provoca la angustia que adviene en crisis asmáticas. Angustia que tiene como antecedente aspectos traumáticos maternos y familiares.

Lebovici & Weil-Halpern (1995), consideran el asma como una enfermedad del crecimiento afectivo que sugiere la persistencia de un funcionamiento arcaico y un bloqueo de los procesos de separación-individuación. Se define como resultado de una falta de organización primaria de las tensiones, que nunca han podido pasar al plano de las representaciones.

En la patología psicósomática las señales que emite la madre son próximas, ambiguas, y contradictorias, el yo no puede usarlas para construir esquemas anticipatorios y colapsa dando lugar a una invasión, que es el fenómeno somático. El ataque somático aparece como un defecto en la constitución del yo. Donde el yo del sujeto debe nacer, allí en su lugar esta la lesión. Es una forma de decir su existencia

mostrando su desgarradura. Los padres no transmiten señales claras de lo interno y externo, que le pertenece a él y que no le pertenece (Waterman, 2010)

El cuerpo no puede construirse sin señales parentales coherentes. Las señales confusas y contradictorias de los padres, determinadas por su propia neurosis, afectan directamente al cuerpo, debido a la subjetividad en formación que presenta el infans.

El ataque autodestructivo somático es la repetición de un aspecto traumático de un vínculo del cual el sujeto no se puede deshacer ni con el objeto original ni con el objeto de su transferencia actual (Waterman, 2010).

CONCLUSIONES Y APERTURAS

El trabajo presentado examinó las dificultades que experimenta una madre en su tarea de permitirle a su hijo la ilusión de crear los objetos para posteriormente desilusionarlo gradualmente, y así permitirle al niño transitar de la dependencia absoluta a la independencia, trayecto que permitirá la constitución subjetiva del niño. Las fallas en esta actividad materna debido a acontecimientos traumáticos no elaborados, que en el caso analizado tuvieron lugar en la infancia temprana de la madre, tienen consecuencias en el cuerpo del niño bajo una patología psicósomática como el asma.

En este caso, se establece la patología psicósomática como una falla de la función materna producto de un trasfondo traumático, que se manifiesta en la relación madre-hijo al no respetar, por parte de la madre, la experiencia individual del infans, dificultando los procesos de integración. Winnicott (1964), señala que la patología psicósomática es el negativo de un positivo, siendo lo positivo la integración, que es una tendencia heredada de cada individuo a alcanzar la unidad psique-soma. Señalando que la enfermedad psicósomática implica una escisión de la personalidad o una escisión mental organizada como defensa contra un objeto persecutorio.

La hipótesis de trabajo plantea, a diferencia de Winnicott, el carácter traumático de la patología psicósomática. En el cuerpo del niño confluye una experiencia traumática materna cuya *elaboración* torna traumático el vínculo que establece madre-hijo a través del mecanismo psíquico inconsciente de identificación proyectiva. Es en el vínculo que

establecen madre e hijo el lugar donde los aspectos traumáticos infantiles de la madre emergen por medio de un proceso repetitivo de desvalimiento psíquico reexperimentado bajo el contexto de una experiencia de separación como lo es un parto prematuro. Esta experimentación tiene como fin dominar psíquicamente la experiencia traumática padecida.

El carácter traumático de la experiencia de pérdida paterna en la madre está dado por la naturaleza de un psiquismo en formación que a los 3 años no puede representar simbólicamente la muerte de su padre pues el advenimiento simbólico de la ausencia-presencia y/o cercanía-separación aún se encuentra en un periodo de consolidación. Quedando esta experiencia inscrita en su psiquismo como cicatrices en busca de sentido.

Sumando a lo anterior el accionar de la abuela que oculta esta información, considerando que Claudia era muy pequeña para enterarse de la situación, no logrando metabolizar para su hija la información del suicidio de su padre, surge una pregunta a modo de apertura del estudio ¿Cómo se le informa a un niño que aún no ha alcanzado la consolidación simbólica la muerte de una figura significativa?

Frente a cada experiencia de separación y/o pérdida Claudia experimentará una angustia que dará cuenta de una situación traumática. Freud (1926) sostiene que: *“El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar”*

La tramitación de una experiencia traumática también tiene relación con la madurez yoica que se ha alcanzado, Freud (1926) señala: *“El peligro del desvalimiento psíquico se adecúa al período de la inmadurez del yo, así como el peligro de la pérdida de objeto a la falta de autonomía de los primeros años de la niñez”*

De esta manera los aspectos que configuran una experiencia traumática precoz en Claudia guardan relación con su psiquismo en formación, su inmadurez yoica, la falta de un metabolizador externo de la experiencia y la ausencia de palabras, configurando un vacío representativo que a través de la compulsión repetitiva y la emergencia de angustia

automática en experiencias de separación darán cuenta de un pasado no domeñado psíquicamente.

Este pasado no domeñado promoverá en Claudia dificultades en la separación respecto a sus hijos, esposo, quehaceres maternos, escuela, otros. En el caso estudiado encontramos estas dificultades especialmente en lo referido a su relación con su primer hijo (Pedro): lo amamantó hasta los 4 años, a los 15 años de Pedro observó que este hijo ya no era un niño. En general Claudia no promueve la individuación de sus hijos, ella es una presencia constante en todos los ámbitos de las vivencias de Felipe, Pedro, su esposo y el colegio, Claudia no puede vivirse ausente de las situaciones que se desarrollan en su contexto más próximo.

La experiencia de parto prematuro constituyó para Claudia una situación abrupta de separación y posible muerte de su hijo Felipe, reeditando la angustia automática ya acaecida en la situación traumática precozmente padecida. Frente a este escenario Claudia realizará un intento *elaborativo* tomando a Felipe como objeto a manipular y/o contralar por medio de cuidados ansiosos e intrusivos. La dinámica relacional que se establece constituye un proceso elaborativo para la madre, sin embargo para el hijo cimienta el camino hacia un vínculo traumático.

Claudia se identifica proyectivamente con la fragilidad que experimenta Felipe en los primeros días de su nacimiento, fijando una representación de vulnerabilidad psíquica y corporal que le permita elaborar su propio desvalimiento psíquico frente a situaciones de pérdida. Además las conductas de protección y cuidado propiciaran un cierto alivio de su culpabilidad por dar a luz a un niño prematuro.

Se ha señalado que el mecanismo psíquico inconsciente que interviene en la transmisión traumática es la identificación proyectiva que a diferencia de Stern constituye en el caso presentado la vía regia de la trasmisión de lo no representado materno. Estas cicatrices maternas que carecen de sentido “utilizarán” la representación psíquica de vulnerabilidad y fragilidad que le presenta persistentemente Claudia a su hijo Felipe a modo de proceso elaborativo cuyo correlato fenomenológico es un preocupación desmesurada por la salud de Felipe que implica cuidados maternos intrusivos a modo de reparación inconsciente de su propia angustia frente a la ausencia del otro primordial.

Lo traumático materno perturba la relación suficientemente buena entre madre-hijo, produciendo fallas ambientales que en los primeros momentos de la constitución psíquica que tienen un carácter traumático según D. Winnicott. En otras palabras, las cicatrices maternas encontrarán su sentido en el cuerpo de Felipe a modo de una patología psicosomática. El exceso de alteridad, la presencia abrumadora de la madre revelan trazas de lo traumático precoz que van bosquejando el vínculo igualmente traumático entre madre-hijo.

La madre ahoga con su presencia a Felipe, no otorgándole un espacio en la psiquis materna que permita descubrir la individualidad del niño, esto sumado: a la subjetividad en construcción de Felipe, al fracaso de la barrera de protección antiestímulo y a la debilidad yoica del niño para tramitar las exigencias de la alteridad, configurarán la patología psicosomática que aqueja a Felipe.

Entonces frente a la excesiva presencia materna Felipe manifestará sintomatología asmática y por otro lado, frente a su excesiva ausencia, Felipe manifestará ataques de angustia. El hecho de que se experimente como excesivas la ausencia-presencia y/o la dependencia-independencia de la díada madre-hijo se debe a la carencia de objetos transicionales que permitan gradualmente simbolizar la ausencia.

- La transmisión traumática impide el establecimiento de objetos transicionales que permitan la investidura de otro objeto fuera del pecho-madre, obtura el hecho de experimentar una primera posesión que se sitúa en una zona intermedia entre la madre y el mundo.

Asimismo se ha señalado respecto de la identificación proyectiva, que es un mecanismo inconsciente que permite la proyección de objetos parciales buenos o malos para controlarlos, manipularlos o repararlos. Winnicott (1951), señala que el niño es capaz de emplear un objeto transicional cuando el objeto interior (representación materna) está vivo, es lo suficientemente bueno y no es demasiado persecutorio. Añade que este objeto interior depende de la existencia y comportamiento del objeto exterior, figura materna y/o cuidados ambientales. Sosteniendo que cuando el objeto exterior falla de manera persistente el objeto transicional pierde sentido para el niño.

En el caso presentado la madre falla en la “adaptación” a las necesidades del niño, no permitiendo la ilusión de que las cosas que el niño crea existen; lo anterior implica la dificultad de promover un proceso de desilusión si primeramente no existe la posibilidad de ilusión. Winnicott (1951) manifiesta que los objetos transicionales se encuentran en el terreno de la ilusión que es la base de la iniciación de la experiencia con el mundo.

Además en el caso presentado no existe la palabra como un espacio transicional entre madre-hijo, la palabra no irrumpe creando diferencias, distancias, sino que da paso a una comunicación gestual que solo tiene sentido para Claudia y su hijo Felipe. Acentuando la indiferenciación que se produce entre ambos.

La palabra de Felipe emerge en el espacio analítico, es allí donde puede decir algo del otro: “... *Mi papá dice puras tonteras y mi mamá habla mucho, mi hermano no habla nada*”, la palabra de Felipe nombra una distancia que sea esta construyendo, que esta marcando limites, que separa. Sus juegos hablan de su padecimiento, esa pelota indiferenciada en los colores que arroja, que se parte y que vuelve a reunir, refiere a su experiencia igualmente indiferenciada, a su angustia frente a la separación, a su vulnerabilidad y a lo que se actualiza en su cuerpo y en su vivenciar con respecto a su historia y prehistoria. Esas palabras de Felipe instituyen también al espacio analítico como un espacio transicional. Un espacio que permite un margen para la ilusión, la creación y la rememoración.

Es un espacio de elaboración psíquica, una distancia entre lo vivido y lo representado, ese espacio es necesario ayudar a construir, elaborando una cierta historicidad, reinstalar una capacidad rememorativa que está ausente en la compulsión de repetición (Aceituno, 2009).

En virtud de que ese espacio pueda ser creado no significa que la compulsión a la repetición no siga ocurriendo, pero no sigue ocurriendo del modo traumático, se establece una ligazón objetal distinta mediante la construcción de un espacio psicofísico diferente (Aceituno, 2009).

Este espacio debe posibilitar el registro de los afectos de Felipe, nombrándolos, en un espacio lúdico en el que se puedan ir anudando metáforas, historias, encuentros. El analista debe ser un posibilitador del registro de los afectos y de la producción fantasmática en el niño.

- Otro aspecto a considerar, tiene relación con la barrera de protección antiestímulo. Freud (1920) sostiene a propósito de sus estudios de organismos celulares que existe una barrera de protección antiestímulo orientada hacia el exterior que protege contra magnitudes de excitación que podrían impactar negativamente en el psiquismo en estructuración. Considerará como traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo.

Inicialmente, la función protectora es ejercida por un otro auxiliar (madre) que actúa como filtro de las excitaciones desmesuradas provenientes del exterior, como temperatura, ruidos. Sosteniendo esta actividad en relación a los requerimientos del infans y ocupando un lugar de yo-auxiliar que permita al infans gradualmente construir su propia barrera de protección contraestímulos. Del éxito de esta función originaria en constituir un estado homeostático, brindado por una graduación de los estímulos exógenos y de la progresiva independencia del infans en relación con su madre, permitirá al yo primitivo del infans regular cantidades todavía no cualificadas, ligadas a la primacía de lo económico en los primeros momentos de la vida.

En el caso presentado la función protectora materna es complejizada debido la tramitación que ejerce la madre de sus experiencias traumáticas a través de la relación con su hijo. Al sostener una representación de infans vulnerable Claudia desplegará una función protectora desmesurada que no posibilita a Felipe la construcción de su propia coraza protectora. Paradójicamente aquello destinado a proteger al infans contra las excitaciones exógenas desmesuradas termina violentándolo en su proceso de subjetivación. Felipe no puede hacer frente al ruido de aquello no representado en su madre manifestándose como eco en su cuerpo.

Fenomenológicamente la fragilidad de la barrera de protección, se manifiesta en los juegos que despliega Felipe en el colegio, el niño no juega con sus compañeros varones, ya que considera sus juegos muy rudos, no hay un placer en el juego con el otro,

en la relación con el otro-par, se vivencia el contacto con el compañero como desmesurado. Asimismo acontece con la voz de la profesora, se experimenta como inmoderada. Felipe sucumbe al despliegue del otro demandado la presencia materna, demandando protección.

La función protectora del otro-auxiliar debe ser ejercida a juicio del autor promoviendo el acercamiento progresivo a los estímulos exógenos de acuerdo a los requerimientos del infans, la madre debe presentar lo exterior al infans, debe acompañarlo en el descubrimiento del mundo, posibilitando la construcción de una barrera antiestímulo propia. La protección no debe implicar una prohibición de acercamiento a ciertos estímulos exógenos, al contrario, debe permitir el conocimiento del potencial displacentero del estímulo, otorgando al infans un lugar activo en la construcción de la barrera antiestímulo.

- Respecto a la historia paterna y sus efectos en la relación madre-hijo, se señala que si bien permanece “excluido” de la relación indiferenciada que Claudia mantiene con Felipe, su propia conflictividad psíquica (padre) esta presente permanentemente en la relación madre-hijo. El padre ocupa un lugar en tanto favorecedor de la relación, en el sentido de que sus propias experiencias traumáticas respecto a su hermana y madre no le permiten interrumpir el vínculo traumático que se ha establecido entre Claudia y Felipe.

El padre favorece la relación indiferenciada creando una atmosfera de inseguridad para su hijo. Las actuaciones del padre: cercioramiento constante del medio circundante a las actividades de Felipe respecto a posibles situaciones que revistan peligro y su “adhesividad” al espacio analítico señalan y al mismo tiempo promueven un mundo potencialmente peligroso para Felipe permitiendo el amparo materno que él mismo careció. Pedro sostendrá que no desea ser un papá tonto que deja morir a sus hijos.

Esta atmosfera de inseguridad se manifiesta en el dibujo de Felipe relacionado con un viento que deteriora las casas y enanos que corren para salvaguardarse. Es en esta inseguridad que el padre de Felipe recuerda el fallecimiento de su propia hermana.

- A modo de apertura para futuras reflexiones, resulta pertinente dirigir el análisis hacia el síntoma angustioso de Felipe, lo que su madre caracteriza como *ataques de*

pánico y que se producen mayormente cuando Felipe se ausenta de la presencia materna.

En este trabajo hemos enfocado el análisis en relación a los traumas precoces de la madre, insistiendo en su reedición posterior a modo de establecer una relación traumática con su hijo. Cabe preguntar si la experiencia de nacer antes de tiempo constituye para Felipe una experiencia traumática, en cuanto a la separación abrupta sufrida y a los procedimientos médicos a los cuales fue sometido.

Winnicott (1963) sostiene la idea de miedo al derrumbe como un miedo ya acontecido, una agonía primitiva que ya tuvo lugar en el pasado pero que aún no ha sido experimentado. Señalará que es un estado impensable de cosas que está por debajo de las defensas, manifestando que su fundamento se sitúa en la infancia o en la niñez muy precoz, donde tuvo lugar el derrumbe original.

Este derrumbe original lo encontramos en la situación de parto prematuro a la cual se vio enfrentado Felipe: es el desamparo, el miedo a la muerte, que persigue al paciente para ser experimentado por vez primera a través de sus “ataques de angustia”, debido a que su yo en formación no pudo constituirlo como parte de su experiencia. Winnicott indicará:

“la agonía primitiva no puede convertirse en tiempo pasado a menos que el yo sea capaz primero de recogerla dentro de su experiencia presente y su control omnipotente actual (...) El paciente es perseguido por el pasado que todavía no fue experimentado, el cual adquiere la forma de una búsqueda de ese detalle en el futuro” (Winnicott, 1963)

Lo aún no vivenciado, situará a Felipe en una expectativa permanente, en una espera de la pérdida, del deterioro. Es un desasosiego transformado en el viento que destruye las casas de los enanos, es el AGUA TONTA que ahoga, en fin, el miedo al derrumbe es el desvalimiento que se presenta frente a la pérdida materna a modo de ataques angustiosos.

REFERENCIAS

Aceituno, R. (2009, agosto). Pulsión de muerte: un nuevo dualismo pulsional. Cátedra pregrado, carrera de psicología, universidad de Chile.

Amati, J. (2006). La maternidad. En *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Sidea.

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Aulagnier, P. (1986). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En *Cuerpo, historia, interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.

Cabrera, P. (2010). Tiempo, angustia y subjetividad. En *Espacios de Tiempo*. Santiago, Chile: Colección Praxis Psicológica.

Casas de Pereda, M. (1999). *En el camino de la simbolización: Producción del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Paidós.

Ciccone, A. (1997). Intrusión imagoica y fantasía de transmisión. En *Lo generacional: abordaje en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Chemana, Ronald. (1998). *Diccionario de psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu

De Mijolla-Mellor, S. (2006). El niño ideal no existe. En *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Sidea.

Dolto, F. (1997). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1914a). Recordar, repetir y elaborar. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo XII., Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914b). Introducción al narcisismo. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo XIV., Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo XVIII., Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras completas*, Tomo XIX., Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo XX., Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1937). Construcciones en análisis. En S. Freud, *Obras completas*, Tomo XXIII., Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1939). Moisés y la religión monoteísta. En S. Freud, *Obras completas*, Tomo XXIII., Buenos Aires: Amorrortu

Janin, B. (2002). Patología psicosomática en niños. *Revista Fort-Da*, N° 5.

Klein, M. (1967). *Desarrollos en Psicoanálisis: Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Buenos aires: Hormè

Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1999). *El niño y su cuerpo: Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia*. Buenos Aires: Amorrortu

Lebovici, S. (1983). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lebovici, S & Weil-Halpern, F. (1995). *La psicopatológica del bebé*. México: Siglo Veintiuno.

Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Marucco, N. (2010). Entre recuerdo y destino: repetición. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 23, 57-69. Extraído en Diciembre 27, 2011 de http://www.apuruguay.org/bol_pdf/bol-marucco.pdf.

Ministerio de Salud. (2010). *Guía clínica: prevención del parto prematuro*. Santiago: MINSAL.

Ruiz, A. (2004). Un nacimiento antes de tiempo. En *infancia temprana, padres e hijos*. Buenos Aires: Uces.

Saletti, L. (2008). Propuestas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra* 7, 169-183. Extraído en Enero 05, 2013 de http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf

Segal, H. (1971). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.

Stern, D. (1997). *La constelación maternal*. Buenos Aires: Paidós.

Tisseron, S.; Tork, M.; Rand, N.; Nachin, C.; Hachet, P., Rouchy, J. (1995). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ureta de Caplansky, M. (2006). La maternidad. Afectos que convoca. En *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Sidea.

Waserman, M. (2010). Pensando en los trastornos del cuerpo. En *Trastornos narcisistas no psicóticos*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1948). Pediatría y psiquiatría. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1963). El miedo al derrumbe. En *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1964). El trastorno psicossomático: aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicossomática. En *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Zelaya, C. (2006). La depresión postparto: del uso al abuso del objeto. En *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Sidea.