



**Universidad Nacional  
de La Matanza**  
Escuela de Posgrado

**TESIS DE  
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

***“Observación de la relación temprana de una madre  
con un Trastorno Psicossomático y su bebé”***

**Autor: *Claudia Ahumada***

**Directora: *Lydia Storti***

***Buenos Aires, Noviembre 2014***



### *Agradecimientos*

*Agradezco a Carolina y Ariel por permitirme compartir con ellos esos momentos tan lindos e íntimos que implica la maternidad.*

*A Eduardo, mi marido, por su apoyo en este camino que decidí emprender, y a mis hijos por darme la oportunidad de aprender con ellos más de este camino que es la maternidad.*

*Por último, quiero agradecer a todos quienes me apoyaron para realizar esta tesis con sus conocimientos y energía.*



## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I: UN RECORRIDO POR LA PSICOSOMÁTICA</b>	<b>11</b>
1.1 <b>CONCEPTUALIZACIONES SOBRE PSICOSOMÁTICA</b>	<b>11</b>
1.2 <b>PERSONALIDAD Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS</b>	<b>12</b>
1.3 <b>LA FUNCIÓN MATERNA Y SU RELACIÓN CON LA PSICOSOMÁTICA</b>	<b>13</b>
1.4 <b>RELACIONES VINCULARES EN FAMILIAS PSICOSOMÁTICAS</b>	<b>21</b>
1.5 <b>PSICOSOMÁTICA EN EL LACTANTE</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN</b>	<b>29</b>
2.1 <b>OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
2.2 <b>METODOLOGÍA</b>	<b>29</b>
2.2.1 <u>TIPO DE ESTUDIO:</u>	29
2.2.2 <u>MUESTRA:</u>	29
2.2.3 <u>ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</u>	30
2.2.4 <u>ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS:</u>	31
2.2.5 <u>RESGUARDOS ÉTICOS:</u>	32
2.2.6 <u>PROCEDIMIENTO:</u>	32
2.3 <b>DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA</b>	<b>32</b>
2.3.1 <u>CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE</u>	33
2.3.2 <u>CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO FAMILIAR</u>	35
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	<b>37</b>
3.1 <b>DESDE LAS FUNCIONES MTERNAS</b>	<b>37</b>
3.1.1 <u>HOLDING</u>	37
3.1.2 <u>HANDLING</u>	41
3.1.3 <u>PRESENTACIÓN DE OBJETOS</u>	44
3.2 <b>DESDE LA NARCISIZACIÓN POR PARTE DE LA MADRE</b>	<b>47</b>
3.3 <b>DESDE LA PSICOSOMÁTICA DEL BEBÉ</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DESDE EL FUNCIONAMIENTO DE LA DIADIA MADRE-BEBÉ</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>73</b>

<b>1. CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>73</b>
<b>2. ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)</b>	<b>74</b>
<b>3. ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)</b>	<b>76</b>
<b>4. CUESTIONARIO DE INDICADORES DE VULNERABILIDAD PSICOSOMÁTICA (C.I.V.P)</b>	<b>78</b>
<b>5. CUESTIONARIO DE INDICADORES DE SALUD (C.I.S.)</b>	<b>81</b>
<b>6. OBSERVACIÓN Nº 1</b>	<b>83</b>
<b>7. OBSERVACIÓN Nº 2</b>	<b>89</b>
<b>8. OBSERVACIÓN Nº9</b>	<b>94</b>
<b>9. OBSERVACIÓN Nº 12</b>	<b>97</b>
<b>10. OBSERVACIÓN Nº 13</b>	<b>102</b>
<b>11. OBSERVACIÓN Nº 16</b>	<b>105</b>
<b>12. OBSERVACIÓN Nº 17</b>	<b>108</b>
<b>13. OBSERVACIÓN Nº 21</b>	<b>111</b>
<b>14. OBSERVACIÓN Nº 22</b>	<b>114</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen distintos enfoques teóricos que buscan explicar que ocurre en los trastornos psicossomáticos, cuáles son los factores que influyen en su desarrollo y cuáles son los mecanismos que actúan a la base de estos. Uno de estos enfoques, representado principalmente por Marty (1991), ubica a los trastornos psicossomáticos como aquellos en que los sujetos muestran un déficit en la simbolización o elaboración psíquica, y por lo tanto, descargan la energía en el cuerpo, desarrollando así el trastorno.

Los desarrollos teóricos que se han realizado con respecto a los trastornos psicossomáticos ubican su etiología en la estructuración temprana del aparato psíquico, dando un papel importante a la función materna. En este sentido son amplios los desarrollos que ubican las fallas en la función materna que incidirían en el déficit de simbolización en el niño, y posibilitarían una vulnerabilidad somática. En distintas líneas teóricas se hace referencia a una falla en la constitución del psiquismo, relacionado con fallas en las funciones maternas que permiten la integración somato-psíquica del niño. Así algunos autores hacen referencia a una falla en la función paraexcitadora y de sostén que cumple la madre (Winnicott, 1962; 1964), fallas en la narcisización del bebé (Bleichmar, S.; 1993), fallas en la función de simbolización a través de la introducción del lenguaje, entre otras (Otero y Rodado, 2004)

En los desarrollos teóricos queda establecida la importancia de los padres en la función estructurante del aparato psíquico del niño, centrándose en describir como las fallas en la función materna pueden incidir en los déficit en la simbolización.

En la actualidad vemos como cada día son más frecuentes aquellas patologías infantiles en donde el desborde es lo característico, patologías como lo son los Trastornos por Déficit Atencional y los Trastornos psicossomáticos entre otros, dan cuenta de una psicopatología en donde lo central no es la lógica del conflicto entre deseo y defensa, si no algo del orden de una falta de inscripción del conflicto. Distintos autores han hablado de

estas patologías como patologías del narcisismo (Hornstein, 2003), trastornos narcisistas no psicóticos (Rodulfo & Rodulfo, 1986), clínica de lo negativo (Green, 1986), en donde lo central es una clínica en que la problemática central tiene que ver con cuestiones narcisísticas y sus quiebres. Untoiglich (2009) plantea que hablemos de Patologías del ser, en donde lo que está en juego es aquello de un orden primario, carencias ligadas al carozo de la subjetividad. La falla está puesta del lado de que no hubo un Otro que pudiera sostener a este niño, y pudiera permitirle un armado de su psiquismo. Silvia Bleichmar (1993) nos plantea la necesidad de otro hablante que pueda narcisizar al pequeño cachorro, y le permita crear un entramado ligador.

De acuerdo a lo anterior, se puede ver la importancia de la función materna en cuanto posibilita una estructuración psíquica del niño que permite una integración somato-psíquica y con ello un funcionamiento fuera del ámbito de la patología o trastorno. Sin embargo, se puede plantear la pregunta con respecto a aquellos casos en los cuales las madres poseen algún trastorno psíquico el cual pueda interferir con el ejercicio de sus funciones maternas, y desde ahí la posibilidad o no de llegar a constituirse en una madre suficientemente buena.

En la actualidad existen amplios desarrollos teóricos que identifican un patrón en personas que han desarrollado una enfermedad psicossomática. Los patrones encontrados aluden a un tipo de pensamiento operatorio, alexitimia como defensa ante los afectos, una sobre adaptación, omnipotencia en el pensamiento, limitada capacidad de comunicar contenidos afectivos, déficit en la simbolización o elaboración psíquica, y por lo tanto, se descarga la energía en el cuerpo, desarrollando así el trastorno (Lieberman, 1982; Marty, 1991). Así mismo, son personas que muestran una fuerte necesidad de éxito en sus actividades, con un predominio de un falso self adaptativo; fuerte predominio de principio de realidad sobre el de placer, con una disociación entre Mente-cuerpo (Winnicott, 1964; 1949).

Son muchas las investigaciones que abordan las características de personalidad de las personas que sufren de algún trastorno psicossomático (Lieberman, 1982; Marty, 1991; Mingote, 2000; De Laire, 2009; Berrios, 2008) así como con respecto al tipo de familias en



la que se desarrolla este tipo de trastorno (Matus, 1990; Cheja, 2000; Wald, 1999; Pla, 2000). Sin embargo, no se encontraron investigaciones que nos den una descripción de lo que ocurre en una madre con un trastorno psicossomático, ni las implicancias en el vínculo temprano con su hijo, o las consecuencias en el funcionamiento psicossomático de éste.

Por lo tanto, se puede preguntar que ocurre con aquellas madres que poseen una patología psicossomática. Cómo su funcionamiento puede incidir en el estilo de vínculo que establecen con sus hijos, y en la forma en que llevan a cabo sus funciones maternas, y desde ahí observar si existen consecuencias en el funcionamiento psicossomático de su bebé. Desde esta visión, es interesante explorar y describir las características que tiene el vínculo temprano entre una madre psicossomática y su bebé, y observar si este tipo de maternaje incide o no en la organización psicossomática del bebé.

En este sentido, si es posible detectar que en las madres con un diagnóstico de psicossomática, existen ciertas características en la forma de vincularse que de cuenta de ciertas fallas en su maternaje, a raíz de su propia constitución psíquica; se puede intervenir tempranamente con estas madres, entregándoles herramientas que les permitan ejercer sus funciones de manera suficientemente buena, y de esta forma establecer un vínculo con sus bebés que favorezca su desarrollo emocional y psíquico.

El objetivo de esta investigación, fue describir como ejerce las funciones maternas una madre con un diagnóstico psicossomático, y desde ahí observar si su bebé presenta o no sintomatología psicossomática. Para realizar esta investigación se optó por un diseño no experimental, de tipo exploratorio descriptivo, que permitió a través de una metodología cualitativa profundizar en los contenidos. Se trabajó en un estudio de caso, en donde los datos fueron recopilados a través de la Observación de la diada madre-bebé, utilizando la metodología de E. Bick, la cual consistía en visitas semanales a la diada, en donde se observó la interacción durante una hora. Estas observaciones se realizaron en el ambiente familiar de la madre, las que con posterioridad se analizaron con una metodología cualitativa del tipo de análisis de contenido.

El desarrollo de esta tesis se dividirá en cinco capítulos. Un primer capítulo presentará los antecedentes teóricos, en los que se abordan cinco temáticas relevantes

para el estudio. El primer tema considerado aborda las principales teorías que se plantean a la base de un trastorno psicossomático considerando aspectos de personalidad asociada a un funcionamiento psicossomático. Se consideraron como principales ejes teóricos P. Marty, D. Liberman y D. Winnicott. Luego, se revisaran algunas teorías asociadas a rasgos de personalidad y psicossomática, lo que permite tener una visión de los principales rasgos que se observan en pacientes psicossomáticos. Como tercera temática, se muestra una revisión teórica de la constitución del aparato psíquico, considerando la función materna como foco central en esta etapa. En este punto, se consideraron como principal eje teórico lo planteado por Freud; sin embargo, se consideraron otros aportes como A. Green, D. Winnicott, S. Bleichmar, D. Anzieu y P. Gutton. Posteriormente, se planteará una revisión del tipo de patrones vinculares madre-hijo que se asocian a la presencia de trastornos psicossomáticos en los niños. Se describirán las características en las funciones maternas que se han evidenciado están presentes en las madres de niños con trastornos psicossomáticos, y de los patrones vinculares que se han establecido. Por último, se revisarán algunos antecedentes teóricos e investigaciones que dan cuenta las principales psicopatologías que presentan los lactantes y que se relacionan a trastornos psicossomáticos de la primera infancia y al tipo de vínculo establecido por la madre con el lactante.

En el segundo capítulo se expondrán los aspectos metodológicos que se consideraron en la investigación. Luego en el tercer capítulo se presentarán los resultados de las observaciones realizadas a la diada considerando el análisis de los datos a partir del ejercicio de las funciones maternas y la presencia de sintomatología psicossomática en la diada. En el cuarto capítulo, se discutirá en relación a las características del funcionamiento que se pudo observar en la diada; y por último, en el quinto capítulo se presentarán las conclusiones obtenidas de la investigación.

## **CAPÍTULO I: UN RECORRIDO POR LA PSICOSOMÁTICA**

### **1.1 CONCEPTUALIZACIONES SOBRE PSICOSOMÁTICA**

En la actualidad existen principalmente dos grandes enfoques que buscan dar respuesta a lo que se entiende por trastorno psicossomático, sus características y alcances. Por un lado, está el grupo de quienes identifican las patologías psicossomáticas como un derivado del modelo de conversión, en donde el síntoma posee un significado inconsciente que se expresa simbólicamente en el cuerpo. De esta forma, se identifica que existiría una representación de órgano inconsciente, sobre el cual se ha desplazado un conflicto inconsciente, existiría un lenguaje del cuerpo sobre el cual se ha manifestado un conflicto que debe ser interpretado (Otero & Rodado, 2004).

Una segunda corriente, describe a los trastornos psicossomáticos caracterizados por una insuficiencia en la mentalización o simbolización de los conflictos, lo cual impide la expresión o elaboración psíquica de éstos. Ubican como uno de los factores etiológicos del trastorno a una falla en la estructuración del aparato psíquico, en donde el tipo de vínculo temprano que la madre establece con su bebé, afectaría el desarrollo de la capacidad simbólica (Otero & Rodado, 1994). En esta postura teórica, se encuentra a P. Marty, J. McDougall, D. Winnicott, que es sobre los cuales se basa el estudio para realizar las interpretaciones de los resultados obtenidos.

Marty (1991) establece la existencia de una estructura de personalidad psicossomática, que se caracterizaría por una falla en el proceso de mentalización, lo cual se relaciona tanto con la cantidad como con la calidad de las representaciones ofrecidas por el preconscious. Este proceso permite que las representaciones cosa, a través de la simbolización se vayan organizando en representaciones palabras. Estas a su vez permiten el acceso a la fantasía, la producción anímica, los procesos de reflexión y simbolización.

Al existir fallas en la adquisición de representaciones de palabra ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de manera patológica. La carga de las emociones, mal vehiculizada y poco o mal elaborada e integrada por las funciones mentales, se compromete rápidamente por la vía corporal (Marty, 1991).

McDougall (1989) no está de acuerdo con el planteamiento de Marty, en cuanto a la existencia de una estructura psicossomática, y que todos los pacientes muestren las mismas formas de presentación, como lo postula P. Marty con respecto al pensamiento operatorio del psicossomático. Ella más bien plantea que todas las personas en algún momento de su vida podrían cursar un trastorno psicossomático en aquellas situaciones en las cuales se ven sobrepasadas, y por lo tanto, no logran simbolizar ni procesar psíquicamente lo que les está ocurriendo. Por lo tanto, en aquellas situaciones la vía de manifestación que utilizan es la corporal. En este sentido, la persona somatizará como respuesta a un desamparo psíquico, frente a una situación en la cual el aparato psíquico busca medios para enfrentar el conflicto con medios primitivos e infraverbales que serán interpretados somáticamente.

Winnicott (1964) por su parte, describe al trastorno psicossomático como “el negativo de un positivo; siendo lo positivo la tendencia hacia la integración como el logro de la unidad de la psique y del soma”, logrando el desarrollo de una personalidad completa. En vez de este logro, surge la enfermedad psicossomática, donde lo que ocurre es una escisión en la organización yoica de la persona, o disociaciones múltiples, que surge como una organización defensiva frente las fallas tempranas del medio ambiente. Postula que lo que está enfermo no es el cuerpo sino que la organización yoica del paciente que se encuentra escindida en forma estable; escisión que impide conectar la disfunción somática con los conflictos psíquicos. En este sentido, no distingue una estructura psicossomática, sino más bien una organización defensiva la cual ha surgido producto de una falla en la función materna temprana, que afectó al niño en su proceso de maduración emocional.

## **1.2 PERSONALIDAD Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**

Desde las teorías de la personalidad, habrían rasgos que se asocian o están en mayor grado presentes en personas que sufren de un trastorno psicossomático. En las investigaciones con respecto a este tema se han encontrado presencia de rasgos de dependencia emocional, falta de asertividad con una baja expresión de emociones

negativas y alta de emociones positivas, evitación de conflictos, mala capacidad de elaboración de duelos, percepción de escaso apoyo social, rasgos de personalidad depresivo o masoquista, alta influenciabilidad, sumisión, alta adaptabilidad (Mingote, 2000).

En distintos estudios de personalidad desarrollados con mujeres que presentaban Fibromialgia se encontraron rasgos que concuerdan con las teorías psicossomáticas, tales como; una alta sensibilidad, afabilidad, altos montos de tensión, alto control de impulsos y afectos, deseo de control sobre otros (De Laire, 2009; Berrios, 2008 ). De acuerdo a estos resultados, se ven coincidencias con los conceptos de “normópata” de McDougall (1991) y con la personalidad sobreadaptada de Liberman (1978). Ambos autores enfatizan que los pacientes psicossomáticos tratan de esconder sus afectos, se adaptan con facilidad a los requerimientos de otros, siendo flexibles y manipulando la expresión de sus afectos para agradar. Los altos montos de tensión no son tramitados en forma psíquica, y quedan atrapados en el cuerpo, debido a la falla en la simbolización. De esta forma, la ansiedad presentada en estos pacientes se caracteriza por una falta de ligadura con algún tipo de representación mental, traduciéndose en manifestaciones somáticas” (Chevnik, 1983; en De Laire, 2009).

Otro aspecto que se repite en las investigaciones hace referencia al conflicto dependencia/independencia. Estos pacientes se muestran como autosuficientes, con alto grado de control en sus actos. Muestran una imagen que podríamos relacionar con el concepto de falso self de Winnicott. Asimismo, se evidencia una alta exigencia con respecto a su rendimiento, suelen ser muy activas, proyectan una imagen de responsabilidad y eficiencia. Esto concuerda con un superyó punitivo y estricto, que genera culpa siendo el dolor la expresión de castigo por la culpa vivenciada (De Laire, 2009; Berrios, 2008 ).

### **1.3 LA FUNCIÓN MATERNA Y SU RELACIÓN CON LA PSICOSOMÁTICA**

En los distintos desarrollos teóricos se identifica en la relación temprana madre-hijo una serie de factores que van a propiciar en el desarrollo emocional del niño la aparición

de un trastorno psicossomático. Si bien distintos autores van a dar énfasis a distintos aspectos, conceptualizando la psicossomática ya sea como una organización defensiva o como una estructura de funcionamiento, la relación con la madre sigue siendo fundamental en el acceso a la simbolización en la constitución psíquica. La forma en que se establezcan los primeros vínculos serán determinantes en la forma en la cual el niño se relacionará posteriormente: el grado de libidinización materna hacia el niño, la posibilidad de diferenciarse de la madre en los tiempos en que su aparato psíquico le permite acceder a mayor autonomía, las formas defensivas que adopte para hacer frente a las situaciones traumáticas tempranas, entre otras, serán determinantes en la posibilidad de instaurar un funcionamiento psicossomático integrado.

Ya en los primeros escritos de Freud (1895) se plantea el papel del otro como auxiliador para el niño desvalido, quien posibilita que se pueda realizar la acción específica e inscribirse la primera vivencia de satisfacción. En el Proyecto, Freud identifica y pone en evidencia, el desvalimiento del ser humano en el nacimiento, con la necesidad de un auxilio externo que realice la acción específica y permita que se inscriba la primera vivencia de satisfacción.

Posteriormente en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920) describe la función de la membrana de protección anti estímulo, la cual actúa como una barrera que nos permite defendernos de los estímulos externos. A través de esta membrana se domina y liga excesivas cantidades de excitación externa que puedan ser traumáticas y lleguen a perforar la membrana .

En este sentido, Silvia Bleichmar (1993), toma lo desarrollado por Freud en el Proyecto, e identifica a la madre como aquella que permite que el bebé desarrolle vías colaterales de ligazón, y con ello permitir que la energía que ingresa al aparato pueda ser ligada. De esta manera, la madre permitiría que la pulsión encuentre vías de ligazón, que serán las bases para la constitución de un yo. “En el momento de amamantamiento la madre, provista de un yo, capaz de investir narcisísticamente al bebé y no sólo de propiciar la introducción de cantidades sexuales puntuales, no ligadas, acariciará las manitas, sostendrá la cabeza con delicadeza, acomodará las piernas del cachorro,

generando a partir de esto vías colaterales de ligazón de la Qn que ingresa” (Bleichmar, S.; 1993, p. 42).

Silvia Bleichmar identifica en las madres la particularidad del narcisismo trasvasante, que aleja el concepto de narcisismo de simple especularidad o prolongación de uno mismo, sino que implica la capacidad que tiene de investir al otro libidinalmente desde su propio narcisismo. En este sentido, es a partir de la acción sexualizante y narcisizante de la madre sobre el bebé que se van a sentar las bases para la estructuración psíquica. Es así como el narcisismo trasvasante le permite investir al bebé religando la excitación que se inscribe en la implantación de la pulsión. Esto se relaciona con la capacidad ligadora que el otro instaure, reconociendo al otro como semejante, y al mismo tiempo, como alguien distinto. La madre es capaz de ubicar una imagen totalizante del bebé, trasvasada de su propio narcisismo. Silvia Bleichmar identifica que es justamente la capacidad que posee la madre de realizar un narcisismo trasvasante con su bebé lo que permite equilibrar los cuidados precoces y simbolizar al otro como humano (Bleichmar, S.; 2000, 2011).

De acuerdo a lo planteado por Freud en El Proyecto, es gracias a este sistema de ligazones que se constituirá el Yo, ofreciendo el entramado de base de representaciones que permitirá el procesamiento de la energía psíquica. Silvia Bleichmar (1993) describe que son estas vías de ligazón, las que una vez constituido el lenguaje, devendrán en modos de significar, de teorizar y de otorgar sentido a los estímulos interno-externo que excitan al sistema.

En la misma línea, Didier Anzieu (1987) realiza un desarrollo teórico con respecto a concepto de Yo Piel, tomando como base los desarrollos de Freud en El Proyecto sobre la constitución del aparato psíquico. En este sentido, Anzieu analiza las consideraciones de Freud con respecto al funcionamiento del aparato psíquico, y rescata el concepto de barrera de contacto. Las barreras de contacto serían protecciones de segunda línea, que reciben las excitaciones que ha dejado pasar la pantalla “para-excitación”. Freud identifica la importancia de estas barreras de contacto en su función de separar la cantidad de la calidad, y de esta forma llevar a la conciencia la percepción de las cualidades sensibles de placer y dolor. Anzieu identifica en el Yo-piel una función de barrera protectora del

psiquismo, y una función de filtro de los intercambios y de inscripción de los primeros rasgos, función que hace posible la representación.

Para Anzie (1987) el Yo-piel, emerge como producto del intercambio entre la madre y el bebé. Se considera a la madre como fuente de vida psíquica, quien a través de los cuidados del bebé, lo libidiniza y permite la inscripción de huellas sensoriales, las que a su vez permitirán que el Yo encuentre en su propia piel el apoyo necesario para ejercer las funciones de protección del psiquismo. Se establece la importancia del encuentro entre el bebé y su madre como origen del psiquismo, en este sentido “el cuerpo libidinal del lactante se crea y expande en el seno del encuentro de su cuerpo biológico y del cuerpo deseante de la madre” (Gutton, 1983; p. 22).

Anzieu (1987) identifica nueve funciones en el Yo-piel entre ellas las de mantenimiento del psiquismo que a través del holding materno permite al bebe la experiencia de unidad y solidez; la de continente que el handling materno le ha permitido incorporar la superficie de su cuerpo como contenedor de las sensaciones posibles de representar; y la función de para-excitación.

En la misma línea, Gutton (1983) toma los desarrollos teóricos de S. Freud, J. Laplanche y A. Green con respecto al concepto de protección anti estímulo, aludiendo a la función que tiene la madre de regular aspectos energéticos en el niño. Considerando al lactante como un ser aún en desarrollo, los cuidados maternos serán la principal protección anti estímulos del niño. Plantea que la madre debe ser capaz de regular el nivel energético del niño, a través de la función de calmar (reparar) o activar (excitar) los estados del bebé, logrando instaurar equilibrios internos. En este sentido, establece que la madre suficientemente buena es aquella que logra el equilibrio entre su función excitante y calmante, adecuándose a las necesidades del bebé. De acuerdo a esto, es la forma en que la madre ejerce estas funciones, la que permitirá que el niño desarrolle la protección autoestímulo autónoma.

McDougall (1989), al igual que Gutton (1983), destaca que si la madre no consigue proteger al niño de una sobre estimulación traumática o bien lo expone a una subestimulación también traumática, puede conducir a una incapacidad para distinguir



entre la representación del otro, y crear, una representación corporal arcaica donde los contornos del cuerpo, la investidura de zonas erógenas y la distinción entre cuerpo materno y el del niño permanezcan difusos.

En la misma línea, Winnicott (1960; 1962) plantea que para que el desarrollo emocional del bebé se lleve a cabo, es necesario que exista un ambiente facilitador que posibilite ese desarrollo y la experiencia de continuidad del ser. Para el logro de esto, es necesaria la presencia de una madre suficientemente buena, que a través de las funciones de holding, handling y presentación de objeto permite que el bebé desarrolle la integración, personalización y la relación de objeto.

La madre suficientemente buena a través del holding, permite que el bebé puede evolucionar hacia la integración, ya que le entrega al niño una pauta de continuidad del “seguir siendo”, donde el niño tiene todas sus necesidades satisfechas, y el ambiente es constante sin que se introduzcan grandes interrupciones. La madre se instala como una membrana paraexcitadora que se encarga de filtrar los estímulos internos y externos que pueden resultar disruptivos y angustiantes para el niño (Winnicott, 1960, 1962).

La integración va a implicar el logro del estado unitario del Self, en donde se integra lo somato/sensorio/emocional en el continuo espacio tiempo. Winnicott (1960, 1962) plantea que nacemos en un estado de no-integración, que es un estado primario, original, en el que no hay ligazón entre el cuerpo y la psique, y falta el reconocimiento del ambiente. Todo es un gran magma, madre y bebé son uno. De esta forma, la integración no se da por instinto, sino que depende de la función de holding realizada por la madre, quien satisface las necesidades físicas y emocionales del bebé. Da importancia a una madre que es capaz de comunicarse con su hijo, que es capaz de decodificar sus señales, que lo libidiniza a través de sus cuidados en la justa medida, que lo ve y él se puede ver en sus ojos, y que por lo tanto, le permite “ser”.

Si todo va bien, como dice Winnicott (1949, 1960, 1962), un buen holding y handling por parte de la madre va a permitir el logro de la personalización, que es el desarrollo del sentimiento de que la persona de uno se halla en el propio cuerpo, comenzando a diferenciar lo interno de lo externo. Se logra una integración

psicosomática, que se alcanza gracias a una adecuada función ambiental de manipulación. La psique habita en el soma. Se instala la piel como membrana limitadora, que oficiará de frontera entre el yo y el no-yo del bebé, quien entra en posesión de un interior, un exterior y un esquema corporal.

Por el contrario, si la madre no es suficientemente buena, va a permitir que ocurran interrupciones en este “seguir siendo” y ocurran las fallas del ambiente. Todas estas fallas (que podrían producir angustias inconcebibles), no permitirán que el bebé experimente la continuidad existencial del psique soma, y por lo tanto, deba reaccionar frente a ellas. Si este reaccionar se mantiene en el tiempo, es decir, es persistente, se inicia una pauta de fragmentación del ser. “En reacción al ambiente fallido, el pensamiento del bebé empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psique soma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio” (Winnicott, 1949, p. 335). En este punto, se produce un quiebre entre psique-soma, y se activa la mente, la cual es un funcionamiento especial del psique-soma.

De esta forma, Winnicott (1949) plantea que la integración psicossomática o “el morar dentro” de la psique en el soma se ve afectado. La mente se inicio tempranamente, antes que se hubiera realizado una buena integración entre la psique y el soma, como una entidad en parte separada del resto de la persona que se hizo cargo de toda ella. Este sobreesfuerzo por parte del bebé, implica estar constantemente atento al ambiente, sobreadaptarse y ver como reaccionar para mantener satisfechas sus necesidades. Es aquí donde se instala la mente en forma defensiva, lo que implica muchas veces que el bebé deba ocultar su verdadero self, protegerlo, disociándose en pro de mantener el objeto de amor y satisfacción primaria: la madre. La mente-psique se convertirá así en el lugar de un Falso Self, separado de sus experiencias corporales.

Para que lo anterior no ocurra, y se pueda realizar la experiencia de omnipotencia a través de la ilusión del uno, Winnicott (1960, 1962) resalta la importancia de la preocupación materna primaria en esta etapa, en la cual una parte de la madre, de alguna manera, esta fundida con su bebé, de tal forma que puede conectarse o identificarse con sus necesidades tanto instintivas como del self (contacto, juego, etc.) y desde ahí

satisfacerlas. La madre ve al niño, y valida su gesto, no imponiendo sus necesidades a las de éste.

J. McDougall (1989), identifica el inicio de la vida psíquica con la experiencia de fusión, que conduce a la fantasía primordial de un cuerpo para dos, donde niño y madre son uno. En esta etapa de fusión se pueden experimentar fallas en la función de sostén. Hay madres que esta experiencia de fusión no la experimentan adaptándose a las necesidades del niño, sino que desde las necesidades de su propio mundo interno, viendo al bebé como un cuerpo extraño a ella o por el contrario, con una dificultad para dejar esa unidad fusional cuando el niño ya está preparado para la diferenciación.

En estos casos, el niño presentará dificultades para encontrar la adquisición de ese sentimiento de identidad separada que le da al mismo tiempo, la posesión de su cuerpo, de sus emociones y de su capacidad para pensar. Si la madre, no logra crear para el bebé la ilusión de que la realidad externa y la realidad interna son una misma y única cosa, si no es capaz de escuchar los deseos de fusión, diferenciación e individuación de su niño, corre el riesgo de confrontarlo a las condiciones que podrían llevarlo a la división psique-soma (McDougall, 1991).

En estos casos, McDougall (1989) identifica dos caminos posibles, el primero en el cual lleva a construcciones autistas donde la mente se cierra al mundo exterior, y la segunda donde, se mantiene contacto con la realidad exterior, pero el soma se encuentra apartado de los mensajes afectivos de la psique, desarrollando afecciones psicossomáticas.

Por otro lado, si la madre logra sostener esta experiencia de ilusión de lo uno, le permite al bebé integrar una imagen interna esencial del entorno materno, que le permite calmar las tormentas afectivas del bebé y de modificar su sufrimiento sin contrariar su constante deseo de acceder a la autonomía somática psíquica, el niño podrá lograr una integración psicossomática.

A partir de la matriz somatopsíquica original, McDougall (1991) plantea que se desarrollará una diferenciación progresiva en la estructuración psíquica del niño, entre su propio cuerpo y la primera representación del mundo externo que es el cuerpo de la madre. Este proceso de “desomatización” como lo conceptualiza McDougall, o de fallo

graduado de la adaptación como lo describe Winnicott, debe ser regulado por la madre y presentarse de acuerdo al desarrollo de las capacidades del niño. En este proceso, el bebé frente a situaciones de dolor psíquico o físico tratará de recrear la ilusión de unidad corporal y mental con la madre-pecho, pero de la misma forma, también luchará para diferenciar su cuerpo y su ser de ella. El niño comenzará a dar señales a su madre, las cuales ella debe leer para comenzar a dar estos fallos graduados.

Si la madre no lee las señales de su bebé, o impone su propia fantasmática, estará anulando el gesto del niño, lo cual podría desencadenar un quiebre en la comunicación madre-hijo (McDougall, 1991).

Hasta los 5 o 6 meses de edad el niño se maneja en un ámbito subjetivo, en donde el objeto es creado por él, en esta matriz original. Es a partir del alejamiento de ese objeto que comienza a descubrirlo como tal. Si la madre está presente en forma continua, el bebé se queda en un estado narcisístico, como en el primer mes de vida, fusionado en este cuerpo para dos, con la imposibilidad de acceder a la realidad (McDougall, 1989, 1991).

Si la madre posibilita la separación, es decir, da acceso a la desilusión y el acceso a la realidad, el niño podrá construir una imagen interna de una madre nutricia, madre que cuida, que es capaz de contenerlo de sus tormentas afectivas, y lo apoya en su deseo de autonomía corporal y psíquica (McDougall, 1991).

En este punto, se puede hacer una conexión con lo que plantea F. Doltó (1984) en cuanto a la importancia de la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo, la cual se construye a partir de las experiencias libidinizadas tempranas con la madre, que le permite al bebé organizar e integrarse en un yo. Doltó introduce el concepto de objetos “mamaizados” que le permiten al niño tener una presencia aseguradora memorizada de su madre. Los objetos mamaizados serían aquellos objetos y personas que la madre ha mediatizado con sus palabras, su motricidad, y a los cuales el niño puede identificar como aseguradores. “El niño, gracias a este vínculo introyectado, símbolo de su narcisismo fundamental, es entonces, en todo momento, en su cuerpo íntegro, “cohesado” (Doltó, 1984, p.59).

De esta forma, al niño se le permite una continuidad en su existencia, ya no solo en el “seguir siendo”, sino también en su evolución a un yo separado de su madre. A medida que se va introyectando el entorno materno, el niño comienza a diferenciarse de su madre, y a recurrir a ella en situaciones de sufrimiento.

Se puede considerar que el estado de ilusión permite crear-concebir el mundo, y el de desilusión percibirlo-encontrarlo. El uso del objeto transicional indica que se ha accedido a la vinculación con un mundo externo, que gracias a la experiencia de omnipotencia, no se siente como una realidad impuesta o ajena, sino que el niño ha sido parte de su creación, la cual ha devenido en realidad.

Gaddini (1991) que toma los aportes de Winnicott con respecto al objeto transicional como el inicio de la simbolización, describe que los chicos que padecieron asma de mediana o severa gravedad, hacia el final del primer año o en los primeros años de su vida, ninguno desarrolló un objeto transicional. Ella describe al síntoma psicossomático como una estructura relacionada con el objeto transicional, pero patológica. De esta forma, dependerá de la etapa del desarrollo del objeto transicional en la cual se instala la falla, el tipo enfermedad psicossomático que presentará el niño.

A partir de lo anterior, se puede ver como en el proceso de desarrollo de la simbolización, los fenómenos transicionales son un hito importante. De esta forma, la palabra de la madre es esencial en su instalación, a través de la presentación de objetos le permite la incorporación de nuevos elementos al niño, que le posibilitan un intercambio enriquecedor con el medio, y de esta forma incorporarlos en su mundo interno.

#### **1.4 RELACIONES VINCULARES EN FAMILIAS PSICOSOMÁTICAS**

Se ha planteado que, como lo establece Winnicott, no hay un bebé sin su madre, son una unidad inseparable, que se conforma tempranamente y será central para el desarrollo emocional y constitución psíquica del niño. En este sentido, “la explicación del síntoma de la madre o del hijo no debe buscarse en uno de ellos separadamente, sino en la pareja constituida por ambos” (Gutton, 1983). De acuerdo a lo anterior, es importante distinguir cuál es el tipo de vínculo que han establecido madre-hijo, cómo se da esta

interacción y que aspectos de esa interacción se puede identificar como factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo emocional del niño.

Gutton (1983) identifica tres funciones que ejerce la madre con el bebé: *los cuidados operatorios* que apuntan a la satisfacción de las necesidades biológicas, el establecimiento de una *relación objetal con el bebé*, en donde el bebé es objeto de deseo de la madre y sentará las bases del desarrollo libidinal, y por último, la capacidad de la madre de establecer una *unidad narcisista primaria* entre ella y su bebé. Gutton alude a que gracias a la posibilidad de regresionar e identificarse con su bebé, a través de lo que Winnicott establece como la preocupación materna primaria, la madre puede conectarse con las necesidades de su bebé y desde ahí, pueda decodificar sus señales y dar respuesta a sus cuidados no sólo biológicos sino que también psíquicos.

A partir de estas funciones, Gutton (1983) reconoce dos modos de funcionamiento de la díada que reflejan una disarmonía entre madre-hijo, en donde la interacción puede conllevar al desarrollo de psicopatología en el niño. Nos habla del hiperfuncionamiento o hipofuncionamiento de la díada madre-hijo. En el primer caso, la madre es una madre excitante y en el segundo es una madre calmante. Ambos son modos de funcionamiento rígido que no considera las necesidades del niño, impidiéndole que logre un equilibrio. Evidencia que a la base de este tipo de vinculación con el niño, esta presente la angustia materna, que la lleva a una conducta sobreprotectora. “El gesto materno, simplemente hace frente al síntoma; no está subentendido por un deseo y no busca encontrarse con el deseo del lactante” (Gutton, 1983, p. 119).

De acuerdo a las características de personalidad de la madre, podríamos inferir que establecerá un tipo de vínculo con su hijo que favorezca o no la posibilidad de simbolización en el cuerpo. De alguna forma, la narcisización por parte de los padres, irá posibilitando o dificultando el procesamiento psíquico de los conflictos. En este punto es importante rescatar el concepto de narcisización que Silvia Bleichmar (1993) plantea, como la erogenización del cuerpo del niño, y el reconocimiento de los límites entre el cuerpo propio y el cuerpo del otro. Será central en el desarrollo del psiquismo del infans que la madre logre narcisizarlo, y pueda constituirse como otro diferenciado de su madre.

En familias en donde los niños han desarrollado una patología psicossomática, se ha observado ciertos déficit en el ejercicio de la función materna en cuanto al tipo de vínculo que la madre establece con el niño. En estos casos se observó que la madre ubica al niño en el lugar de objeto de deseo, en tanto y en cuanto, aquel sostenga permanentemente los ideales narcisistas del otro-familia. La función materna que implica la articulación yo-otro, es decir, en su función especular, se encuentra fallida. La madre no logra ver al niño como otro diferenciado de si misma, impidiendo su separación (Matus, 1992). En estos casos, se observó la dificultad de la madre de reconocer la subjetividad del niño, como otro distinto de ella, con lo cuál dificulta la diferenciación del niño.

Por otro lado, se observa que la función de corte ejercida por el padre se encuentra ausente, es decir, la presencia del padre se halla marcada por su condición de entregador del hijo a la madre omnipotente quedando el niño atrapado en esta relación (Matus, 1992).

En síntesis, se ha observado en este tipo de familias una fallida posibilidad de crear un espejo familiar que de un sostén libidinal al grupo familiar. Se describen las siguientes características en este tipo de familia: una imposibilidad de registrar situaciones de desamparo afectivo como pertenecientes al nivel de la necesidad o la autoconservación; aparece el desarrollo de técnicas de supervivencia con el objeto de lograr una mejor adaptación a la realidad; con lo cual se presenta un pensamiento operatorio donde no hay posibilidad de manifestar y describir los estados emocionales; hay una indiferenciación de los significados de la vida y muerte; predomina la utilización del cuerpo como campo de batalla de los conflictos pulsionales y vinculares; se observa una falla en la simbolización y la consecuente ausencia de fantasmaticación de los conflictos (Matus, 1990).

Por otro lado, se ve la presencia de madres sobreprotectoras, las cuales se dedican en especial al cuidado del cuerpo, en relación a las necesidades vitales, pero con una imposibilidad de contención de la angustia de desamparo. El significado materno transmitido no es de “madre-sostén” sino de “madre-calmante”, es por eso que solo la inmediatez del cuidado materno, desplazado luego al médico, produce alivio del dolor psíquico, que por otra parte es vivido como dolor corporal (Matus, 1990).

En la misma línea, Gutton (1983) identifica a las madres calmantes, en donde prima la función operatoria de los cuidados del niño. Esto quiere decir que la madre privilegia la satisfacción de las necesidades biológicas del niño, dejando de lado la satisfacción del deseo de su hijo. El niño no es objeto de deseo, sino de actividad, los cuidados materno se focalizan en lo operatorio, sin actividad libidinal.

## **1.5 PSICOSOMÁTICA EN EL LACTANTE**

La psicopatología del bebé considera los desórdenes orgánicos en cuya génesis o evolución influyen factores psíquicos. En este sentido, Ajuriaguerra (1973) considera las enfermedades psicossomáticas como aquellas que se caracterizan por una desorganización transitoria o permanente, en cuya génesis hay implicado un factor psicológico. Entre los factores que las distintas perspectivas teóricas identifican como factores condicionantes está la relación con el mundo externo, en donde consideramos la relación de la diada madre-bebé; y por otro lado, los mecanismos intrapsíquicos que el niño va a poner en juego para afrontar las conflictivas psíquicas (Pedreira, 1981).

Kreisler (1989) identifica dos modalidades en la interacción con la madre que reportan un potencial psicossomático. La insuficiencia crónica del apego, que se considera por una carencia libidinal y falta de aportaciones y estímulos, que los asocia al desarrollo de anorexia severa, rumiaciones, vómitos psicógenos, asma, insuficiencia respiratoria, retardo en el crecimiento, infecciones viscerales diversas, rectocolitis ulcerosa. Por el otro lado, a la patología somática de la carencia, identifica la del exceso de excitación y del sobre-estímulo, en donde el exceso de excitación tiene un potencial inmediato de descarga funcional. En ese grupo se encuentran los cólicos, los problemas de sueño, los espasmos del sollozo.

En la cronología de los desórdenes psicossomáticos se identifican tres periodos significativos: una primera fase que aparecen disturbios desde el nacimiento o desde el primer trimestre; una segunda fase que es de 15 a 18 meses, que se asocia a la constitución del apego, y una tercera fase que va desde la mitad del segundo año hasta el tercero (Kreisler, 1989).



Tabla 1: Patología Psicossomática precoz. Nomenclatura Médica

<i>Disturbios de expresión nerviosa</i>	Desordenes del sueño. Convulsiones
<i>Conductas alimentarias desorganizadas</i>	Anorexia. Vómitos. Mericismo Geofasia. Coprofagia, Tricofagia. Pica Bulimia. Potomanía
<i>Desordenes digestivos</i>	Cólicos del primer trimestre. Dolores abdominales Estreñimiento. Diarrea Colitis. Colon irritable. Rectocolitis Úlceras digestivas
<i>Síndromes y enfermedades respiratorias</i>	Espasmos del sollozo Asma Afecciones rinofaríngeas, otitis iterativas Bronquitis. Neumopatías reincidentes
<i>Enfermedades cutáneas</i>	Eczema. Urticaria. Alopecia. Psoriasis
<i>Síndromes generales</i>	Enfermedades alérgicas Desnutrición. Retardo en el crecimiento Obesidad Infecciones repetitivas

Extraído de Kreisler, L. (1989): La Expresión Somática en la psicopatología del lactante

En el lactante, se considera que es la madre quien a través de la función materna garantiza el equilibrio psicossomático. Las interacciones consideradas como funcionales se caracterizan por una adecuada conexión y respuesta materna hacia las necesidades físicas y afectivas del bebé. Esto se observa en todos los cuidados que la madre le brinda al bebé, a través del ejercicio de sus funciones maternas. Cómo lo toca, las miradas que se cruzan, las palabras que la madre ofrece, cómo lo sostiene, etc. Por el contrario, las interacciones disfuncionales se encuentran las madres con rasgos depresivos o intercambios pobres con sus hijos tanto en términos cuantitativos como en términos cualitativos (Pla, 2000).

Un estudio realizado a partir de la observación de la interacción entre las madres con sus bebés diagnosticados con Reflujo gastro-esofágico (ERGE), en el Hospital infantil de México “Federico Gómez”, estableció como la existencia de distorsiones persistentes del vínculo materno-infantil en los casos de ERGE, alteraban el desarrollo físico y psíquico de los bebés. En este estudio se observó que las distorsiones en la interacción de las madres con sus hijos, tenían que ver con una falla en la resonancia afectiva entre la madre y su bebé, sumado a una ausencia de placer en los intercambios de la diada. La madre podía realizar los cuidados de tipo operatorios a su bebé, sin embargo, encontraba fastidioso el intercambio desde otro lugar con su hija. En este sentido, se ve una carencia de actividades libidinales con los bebés. Asimismo, la ansiedad en la madre fue un elemento común que se pudo observar en los casos estudiados (Pla, 2000).

Cheja, R. Et.al. (2000) en las investigaciones realizadas dentro de los proyectos UBACyT entre los años 1995 y 2000, centrados en examinar la *incidencia de las fallas parentales en la vulnerabilidad psíquica y somática infantil*, examinaron las angustias específicas en niños con trastornos respiratorios, dermatológicos y gastrointestinales. En la investigación se establecieron las siguientes categorías de análisis: mentalización, trama de sostén, pérdidas y respuestas frente a las mismas y trauma; las cuales fueron analizadas tanto en padres como en niños. Los resultados preliminares de esta investigación apuntaron a evidenciar en las madres una estructuración psíquica narcisista, y como consecuencia, un déficit en la discriminación yo-no-yo, madre-hijo. Entre las madres se visualizó una pobre capacidad de historización para ligar los sucesos de su propia historia como los de la vida del niño. De este modo, las patologías somáticas no eran vinculadas a situaciones conflictivas y/o traumáticas. Mostraron un déficit en la capacidad de mentalización, que les imposibilitaba la instrumentación de métodos adecuados para la reducción de tensiones tanto para ellas como para sus niños. Como consecuencia los niños, mostraron una dificultad para la elaboración psíquica de las tensiones, desplegando defensas primarias frente a ellas.

En esta investigación, volvemos a encontrar aspectos asociadas a las fallas maternas en cuanto a la función metabolizadora de las tensiones en el niño, por carencias

en su propia estructura, apuntando a aspectos narcisistas y de déficit en la capacidad de mentalización de las situaciones conflictivas o traumáticas. Sin duda estas carencias maternas afectan la constitución del aparato psíquico del niño, que lo dejan fijado en el despliegue de defensas primarias frente situaciones de excesiva tensión, con la imposibilidad de ligarla psíquicamente, y sólo encontrando descarga a través del cuerpo.



## CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

### 2.1 OBJETIVOS

Esta investigación se planteó como objetivo general *describir la modalidad de ejercer la función materna y el tipo vínculo que establece con su hijo una madre con un diagnóstico psicossomático.*

Los objetivos específicos que se desarrollaron fueron:

1. Describir el tipo de Holding que ejerce la madre psicossomática con su bebé.
2. Describir el tipo de Handling que ejerce la madre psicossomática con su bebé durante los primeros 8 meses de vida.
3. Describir la forma en que la madre psicossomática realiza la presentación de objetos con su bebé durante los primeros 8 meses de vida.
4. Describir la forma de narcisización que la madre psicossomática realiza con su bebé.
5. Describir la incidencia de sintomatología psicossomática en la diada madre-bebé.

### 2.2 METODOLOGÍA

#### 2.2.1 Tipo de Estudio:

El diseño de la investigación considerado es no experimental. Se realizó un estudio de caso de tipo descriptivo exploratorio, a través de Observación de la diada madre-bebé basada en la metodología de observación de bebés de Esther Bick (1963).

#### 2.2.2 Muestra:

Los participantes de la investigación fueron una madre que padece un trastorno psicossomático diagnosticado, y su hijo recién nacido. Los criterios de inclusión de la muestra que fueron que la madre fuera una mujer adulta (25 años en adelante) con un diagnóstico psicossomático, ausencia de depresión post-parto y tener un embarazo de término. Por parte del bebé, el criterio de inclusión era ser recién nacido, con ausencia de patología congénita.

Para descartar la presencia de Depresión Post Parto en la madre se le administró la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

Para tener una visión de vulnerabilidad psicossomática de la madre, se le administró el Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicossomática (C.I.V.P), el cual permite evaluar los niveles de exigencia puestos en los ideales del sujeto, la valoración personal en cuanto a inversiones narcisísticas, modalidades de variación del estado de ánimo asociadas a la tolerancia a la frustración, presencia de recursos personales para el autocuidado, y modos de afrontamiento ante el estrés y tensión crónica (Maladesky, A.; 2000)

Este cuestionario se complementó con la administración del Cuestionario de Indicadores de Salud (C.I.S), que permite conocer datos asociados a enfermedades, hábitos, accidentes, pérdidas importantes que haya sufrido la persona (Maladesky, A; 2000). Esta información nos permite entrecruzar esta información con los datos obtenidos en el C.I.V.P. , dando una visión global del grado de vulnerabilidad de la madre.

Por último, se le administró la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS- 20) que es un cuestionario auto administrado, que indaga la presencia de rasgos de alexitímicos, que son frecuentes de encontrar en personas que presentan Trastornos Psicossomáticos. Evalúa la presencia de pobreza en la conciencia emocional, dificultad para expresar sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto, y la incapacidad de expresar vivencias internas en palabras, ensueños y/o fantasías (Martínez-Sánchez, F.; 1996).

### **2.2.3 Estrategia de Recolección de Datos:**

Los datos se recolectarán a través de la metodología de observación de bebés de Ester Bick. Esta metodología fue iniciada en la Clínica Tavistock en la década del 40, como parte de la formación de analistas. Bick (1963) postulaba esta experiencia como una oportunidad para observar el desarrollo del bebé desde el nacimiento, en el ambiente de su hogar y en la interacción con su familia. Se planteaba esta instancia como una forma de observar como se establecen ciertos patrones en las relaciones que establece el bebé con la madre, y con el resto de los integrantes de la familia. El método implica una visita

semanal de una hora a la casa de la madre junto a su bebé. Las observaciones le permiten al observador tomar contacto con los estados emocionales del bebé y de la madre, al ser receptor de las proyecciones que van y vienen entre la díada madre-bebé. El método considera que el observador no realizará intervenciones, y el énfasis de la observación es ver la interacción que hay entre la madre y el bebé, sin buscar algo en especial, sino simplemente que ser testigo de lo que ahí ocurre. Una vez finalizada cada sesión de observación, se realizan protocolos de transcripción de lo observado, los cuales son de carácter descriptivo. Posteriormente, estas observaciones son trabajadas en supervisión, en donde se realizan inferencias en cuanto a los patrones comunicativos, aspectos emocionales, y aspectos inconscientes del comportamiento de la díada (Botero, 2008).

#### **2.2.4 Estrategia de análisis de datos:**

Se realizó el análisis de contenido de los datos recogidos en las observaciones, considerando las categorías establecidas en los objetivos específicos de la investigación. El análisis de contenido es una técnica de investigación que permite formular inferencias, en la medida que se identifican de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un contexto (Krippendorff, 1990). En este sentido, el análisis de contenido debe realizarse en relación con el contexto de los datos y justificarse en función de éste, que en el caso de la investigación es la observación de ésta diada específica en su contexto familiar.

Para el análisis de contenido se estableció como objeto de análisis las interacciones entre la madre y el bebé para describir el tipo de vínculo observado en la diada. Las categorías de análisis, consideradas se basaron en los objetivos específicos de la investigación. Por lo tanto, nuestras categorías de análisis fueron: características que describieran la forma de ejercer sus funciones maternas en la madre considerando holding, handling y presentación de objetos, características de la narcisización del bebé; y por último, las características del funcionamiento psicossomático de la diada.

### **2.2.5 Resguardos éticos:**

Como forma de resguardar los aspectos éticos relativos a este estudio, toda la información recolectada a través de las observaciones y cuestionarios será de carácter anónimo y confidencial. Para resguardar esto, en transcripción de las observaciones, se otorgó un seudónimo que substituyó los nombres reales de los participantes. Por medio de los resultados obtenidos, no será posible identificar a ninguno de los participantes. Por su parte, la madre que participó en el estudio, antes de iniciar las observaciones, firmó un consentimiento informado en donde se indicaron los objetivos de la investigación, el uso que se le dará a la información recolectada, la confidencialidad de la información y el derecho que tenía de abandonar el estudio si lo estima conveniente, sin que esto tenga ningún perjuicio en su contra (Ver anexo N°1).

### **2.2.6 Procedimiento:**

Se realizaron observaciones semanales de una hora de la diada madre-bebé, en donde el rol del observador consideró no realizar intervenciones, sino que acompañar a la diada en sus actividades habituales en el hogar. Luego de cada observación, se realizaron protocolos de transcripción de lo observado, los cuales son de carácter descriptivo. Posteriormente, las observaciones fueron trabajadas en supervisión y analizadas en base a las categorías establecidas en los objetivos de la investigación.

## **2.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

Tal como se indicó en la metodología los participantes del estudio fueron una madre y su bebé recién nacido, quienes fueron contactados a través de redes sociales. A continuación se realizará una descripción de la madre a partir de algunos instrumentos que nos permiten ver algunos indicadores de riesgo y personalidad en relación a lo psicossomático; así también se realizará una breve descripción del ambiente familiar en el cuál está inserto la diada madre-bebé.



### **2.3.1 Características de la Madre**

La madre que participó del estudio, la llamaremos Carolina y tiene 38 años. Como se explicó anteriormente, el criterio de selección fue la presencia de una enfermedad psicossomática diagnosticada, y que no estuviera cursando un trastorno del estado de ánimo que pudiera alterar los resultados de la observación. Para descartar esto se le aplicó Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), el cual tuvo resultado negativo (Ver anexo nº 2).

Además, se le administró el Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicossomática (C.I.V.P) (Ver anexo Nº 4), el Cuestionario de Indicadores de Salud (C.I.S) (ver anexo Nº 5) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS- 20) (Ver anexo Nº 3), con el propósito de tener un perfil de su vulnerabilidad y presencia de sintomatología asociada a trastornos psicossomáticos.

En el C.I.V.P obtuvo un nivel medio de riesgo de vulnerabilidad psicossomática; y en el TAS- 20 no cumple con el puntaje que refleja la presencia de alexitimia. Sin embargo, se puede destacar que en estos cuestionarios responde en forma positiva a preguntas que se relacionan principalmente con la dificultad a expresar de sus emociones con sus redes, más bien por una exigencia de estar bien para otros, y para evitar el profundizar en relación a sus estados emocionales. Así mismo, se ven respuestas positivas en relación a las exigencias en su rendimiento, estar constantemente haciendo cosas, y ser eficiente. Esto coincide con el perfil de pacientes psicossomáticas vistas en otras investigaciones (De Laire, 2009; Berrios, 2008).

Con respecto a los resultados del C.I.S., Carolina a lo largo de su vida ha presentado distintos tipos de sintomatología psicossomática, los cuáles serán descritos a continuación, junto con el contexto histórico que vivía en ese momento.

Carolina ha padecido algunos problemas gástricos, en específico Colón Irritable, que se manifiesta en el embarazo de Ariel. Por otro lado, tiene un diagnóstico de Bipolaridad Tipo II y Epilepsia, para lo cual toma medicación en forma permanente (Lamotrigina 2/100mg; Alprazolam 2/0,5 mg).

En cuanto a la epilepsia, la enfermedad se le manifiesta cuando tenía 17 años de edad, sin embargo, no se la diagnostican hasta que tenía alrededor de 28 años, momento en que las crisis se hicieron más seguidas. Relata que se desmayaba en cualquier parte y luego no sabía que había pasado. Esto le angustió, pero no le tomó el peso hasta que se hicieron muy frecuentes, y su familia le planteó la gravedad de las consecuencias que esto podía tener. En ese momento acude a un especialista para realizar los exámenes, y obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Con respecto a la Bipolaridad, a los 19 años tuvo su primer episodio depresivo, que asocia a un periodo de mucho estrés por la muerte de su abuelo y a una crisis vocacional. Se encontraba próxima a terminar su carrera de Educadora de Jardín de Infantes, y no quería hacer la práctica profesional antes de titularse. Estuvo alrededor de 7 meses en tratamiento, ya que en un arranque de impulsividad se corto la muñeca con un vidrio. Refiere que no sabe que ocurrió, sólo pensaba que no quería seguir.

Ella describe que en general dormía muy poco, y que habían periodos en que participaba de muchas actividades nocturnas con amigos, “carrete”, lo que intensificaba el hecho de dormir muy poco. Además, recuerda que en esa época estaba con el pensamiento acelerado y no podía dejar de pensar. En la actualidad la bipolaridad está controlada, y no recuerda muchos detalles de esa época. Sin embargo, es importante consignar que Carolina en general sigue durmiendo muy poco y eso es un factor importante de desgaste en su vida actual.

En el 2004 tiene su segundo episodio depresivo. En esa época estaba recién casada, y en dos ocasiones tomó pastillas con la intención de matarse. Recuerda que en una de ellas llama al padre para que la ayude. De la segunda ocasión no tiene claridad de lo que ocurrió. Estuvo hospitalizada 1 mes, y mantuvo tratamiento hasta el 2008.

Carolina no logra asociar sus cambios anímicos a situaciones gatillantes específicas que pudo estar viviendo, sino que más bien se explica su enfermedad como algo endógeno, recordando pocos detalles de ese periodo de su vida.

En la actualidad, su estado de ánimo está controlado al igual que las crisis epilépticas.

### **2.3.2 Características del contexto familiar**

Ariel es el segundo hijo de Carolina (38 años) y Juan Carlos (38 años). Llevan 10 años de matrimonio, son ambos profesionales, sin embargo, Carolina se dedica al cuidado de los niños y del hogar. Su primera hija, Isabella, al momento de nacer Ariel tenía 2 años. Cuando se casaron no querían tener hijos de inmediato, ya que deseaban estar solos como pareja un tiempo. Luego de un par de años deciden tener hijos, y Carolina queda embarazada, pero a los 3 meses en un control ginecológico, el doctor le dice que no escucha latidos, y que el bebé no está vivo. Después de un tiempo lo volvieron a intentar, y queda embarazada de Isabella. Con Ariel, no tuvieron problemas en el embarazo. Carolina refiere que fue un embarazo con muchas molestias, más de las que tuvo con Isabella (náuseas, vómitos, hinchazón, dolor de espalda, problemas gástricos). El parto de Ariel fue una cesárea programada, ya que Carolina refiere que prefería estar preparada, y no verse expuesta a que el parto fuera en un momento no esperado. Además, en relación al dolor, al ser cesárea éste estaría controlado.

En relación a la familia extensa, tanto los padres y hermanos de Juan Carlos como los de Carolina viven en Santiago. Los padres de Carolina la visitan diariamente, la acompañan al almuerzo y se quedan con ella en el día. Hay que consignar que son un sostén para Carolina, en cuanto la apoyan emocionalmente y en sus funciones maternas. La hermana de Carolina también la visita casi todos los días, ya que vive con los padres. En este sentido, se observa que la familia de Carolina tiene un estilo aglutinado de funcionamiento. En relación a la familia de Juan Carlos, la relación es más distante, se ven, pero muy a lo lejos. El modo de funcionamiento es más desligado, y con poco soporte entre los miembros.



## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

Se expondrán los resultados obtenidos durante el año de observaciones realizadas a la diada de Carolina y Ariel, agrupando los datos a partir de lo observado en la interacción que establecen entre ellos. Para el análisis de los datos y su exposición, los datos se presentarán centrándose en la descripción de como Carolina ejerce las funciones maternas de holding, handling y presentación de objetos, como realiza la narcisización de Ariel; y por último, se presentará lo observado en relación al funcionamiento psicossomático del bebé y la madre.

### **3.1 DESDE LAS FUNCIONES MATERNAS**

#### **3.1.1 Holding**

En el desarrollo emocional primitivo, Winnicott describe la noción de holding como la función de la madre que permite la continuidad del ser del bebé. Es todo lo que la madre es y hace en el periodo de dependencia absoluta. Es la madre quien sostiene al bebé con tranquilidad (sin miedo a dejarlo caer), adecuando la presión de sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente; proporcionándole la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental. Tal como plantea Winnicott (1990), es el sostenimiento el que facilita la integración psíquica del “infans”.

En Carolina se observa que en los primeros meses de Ariel el holding está mediado a través de objetos (cojines, coche) y muy centrado en las labores de cuidado que implican satisfacer sus necesidades autoconservativas (lactancia, mudarlo, hacerlo dormir) más que las libidinales de contacto. La madre se preocupa que sus comidas correspondan a los horarios, para lo cual lleva un registro de los horarios en que debe alimentarse. No obstante, adapta los horarios de alimentación cuando detecta que el bebé tiene hambre. Cuando el bebé está inquieto, no acude de manera inmediata a chequear que le ocurre. En este sentido, hay momentos en que los tiempos de espera aumentan la respuesta emocional de Ariel. Cuando el llanto del bebé se mantiene, ella acude a verificar si le está

ocurriendo algo y requiere asistencia. Se puede observar esto en la siguiente cita de una observación realizada cuando Ariel tenía 22 días:

*“El bebé se pone inquieto y se pone a llorar. La madre le comienza a cepillar el pelo a su hija mayor. El bebé está llorando. La madre parece muy tranquila, y no inquietarse con el llanto del bebé. Una vez que termina de peinar a la niña, se para y lo va a ver. Le pregunta que le pasa, le dice que no le toca papa (lactancia), y le pone el dedo en la boca, a lo que él responde chupando con mucha intensidad. Ella le dice: “parece que sí tienes hambre”, y me comenta que le tocaba su lactancia como en una hora y media más. Lo vuelve a dejar en la cuna, y se va a preparar el biberón. Ariel sigue llorando con mucha intensidad, está muy rojo y se estira por completo, su cuerpo esta rígido. Al lado de la cuna esta su hermana... La madre vuelve de la cocina, y va al baño, me da la sensación que va a enfriar la leche. Al pasar hace algún comentario por los llantos, y dice “ya va la papa”. Su hermana repite, “ya viene la papa”, a mi me parece que eso puede tranquilizar a Ariel, sin embargo, sigue llorando mucho. Se me hace una eternidad observar esta secuencia, ya que siento que Ariel está angustiado. En ese momento vuelve la madre con el biberón. Acomoda la cama, toma la almohada en la que pone a Ariel para la lactancia, le pone el tuto encima, deja algunas cosas de lado. Ariel comienza a dejar de llorar, y en ese momento Carolina va hacia la cuna a tomarlo. Le da un beso y lo deja sobre la almohada. Ella se acomoda sentada en posición de indio, con la almohada y el bebé sobre sus piernas. Le pone el biberón en la boca y él comienza a succionar con muchas ganas. La madre le sostiene el biberón, ...le toca el pelo, y anota con su otra mano en su libreta el tiempo en que comenzó a darle la leche” (Observación N° 2, Anexo N° 7).*

En esta cita se visualiza como la madre se toma su tiempo para preparar el biberón del bebé, sin regular el estado afectivo de Ariel. El bebé pasa un tiempo llorando sin ser sostenido, ni regulado emocionalmente por la madre, y se observa rigidez en su cuerpo. La

madre cuando se reencuentra con el bebé, lo toma en forma rápida y no se da el tiempo de calmarlo, sino que rápidamente lo pone en posición para poder darle el biberón.

Se observa en general poco contacto físico entre madre y bebé. La madre cuando toma al bebé en brazos, es en las situaciones en las que ella percibe que necesita lactancia, o cuando detecta que está muy inquieto. Sin embargo, se observa poco contacto, fuera de la lactancia y mudas. En general, durante la lactancia, la madre pone al bebé sobre un cojín y le ofrece el pecho o biberón. Es una madre que toca poco al bebé, y no le gusta que lo tomen mucho en brazos, porque piensa que se puede acostumbrar a los brazos y después no va a poder estar sin ser sostenido. El bebé en general está en su coche (una silla huevo), o en la cuna que es en donde duerme durante el día.

En este sentido, la madre en ocasiones no logra conectarse con la angustia del bebé, y se centra más en la labor operativa que en la contención y regulación emocional del bebé. Realizar las tareas la tiene ocupada sin dejar espacio para contactarse con las señales emocionales que le da el bebé, y desde ahí no logra contenerlo. Pareciera ser parte del estilo de la madre, que produce que la espera para el bebé se haga larga y con ello se mantiene y aumenta su angustia. Por lo tanto, cuando la madre lo sostiene en los momentos en que está angustiado, cuesta mucho calmarlo. La espera ha sido larga y el bebé ha llorado por mucho tiempo. Si bien la madre le habla, está más centrada en la tarea que va a realizar, más que en regular las emociones del bebé.

Se observa que durante los primeros meses, este tipo de holding es el que prima; sin embargo, oscila con momentos de mayor conexión y contención. Es hacia los cinco meses del bebé que comienzan a observarse más momentos de conexión, en donde la madre se da más libertades para el intercambio afectivo con el bebé. Esto se puede ver en el siguiente extracto de una observación cuando Ariel tenía 5 meses y 16 días, y ya estaba comiendo:

*“Ariel se comió todo el plato de postre. Al terminar comienza a reclamar nuevamente, y la madre va a la cocina a buscarle su leche...el bebé está muy molesto, y comienza a llorar mucho... La madre al volver lo toma y lo saca de la silla para darle la leche, se lo pone en los brazos, y Ariel se tranquiliza... Carolina le*

*comienza a dar la leche, y él agarra inmediatamente el biberón y toma su leche muy concentrado. Ella lo mira y le hace unas muecas y él la mira. La madre mientras le da el biberón, sigue conversando de algún tema, a ratos lo mira y le toca la cabeza. Ariel también hay momentos en los que agarra el biberón, y succiona, busca a la madre con la mirada, pero a ratos, también mira hacia otros lados. Luego de un rato Ariel ya no quiere más leche, dejó un poquito, y la madre le saca el biberón y lo sienta en sus brazos. Él está tranquilo, luego de un rato se comienza a chupar el dedo, y pienso que quizás tiene sueño. Se pone un poco más inquieto y la Carolina lo sienta un poco más. Le dice “quieres estar más sentadito parece”. Y de repente se tira un gas. Carolina le dice: “hay!! se me olvido sacarte los chanchitos....!!” Efectivamente, al sentarse Ariel, se le salieron un par de gases. En ese momento, al bebé se le pasa un poco lo inquieto y comienza a chuparse el dedo otra vez. Carolina me comenta que parece que tiene sueño” (Observación N°16, ver anexo N° 11).*

En esta cita, se puede ver que la madre aún se centra en la tarea, y se toma su tiempo. Sin embargo, cuando regresa toma el bebé y éste se calma en forma inmediata. Hay un mayor intercambio de miradas y vocalizaciones entre Carolina y Ariel. Lo toma en sus brazos, lo mira, le habla y relata lo que está haciendo o lo que detecta que Ariel necesita. Esto va en aumento, a medida que Ariel está creciendo y está más activo.

La interacción con el bebé va cambiando, la madre aparece más disponible para tomarlo y calmarlo cuando el bebé está inquieto. Si bien, aún manifiesta que no le gusta que se acostumbre a los brazos, pareciera ser que se flexibiliza y lo sostiene en forma más frecuente. Como se observa en la siguiente cita de una observación cuando Ariel tenía 7 meses:

*“La madre está ocupada buscando información en el computador...luego de un rato, Ariel se pone inquieto, ya no quiere estar sentado en su silla... Carolina se para y lo toma en brazos, y me comenta que está muy regalón, ya que le gusta que*



*lo paseen, no sólo que lo tomen en brazos, y se ríe. Ella lo toma en brazos, parado, mirando hacia atrás de ella, lo sostiene y le soba su espalda, a la vez que lo mueve. Ariel se queda tranquilo, la mira, me mira a mi, y observa hacia otros lados. A ratos bosteza y me da la impresión que tiene sueño. Le pregunto a la madre como ha estado Ariel en la semana, y me dice que súper bien. Le comento que está con el pelito más corto, y me dice que sí, que se lo cortaron esta semana. Me refiere que se lo cortan con la máquina, pero que le gustaría que alguien se lo cortara con tijeras, pero como es tan chico no sabe si lo hacen...Ariel comienza a chuparse su dedo, y me da la sensación que está en proceso de quedarse dormido.”*  
(Observación N°21, ver anexo N° 13).

En esta observación se puede ver que Carolina logra una conexión emocional que le permite identificar y responder a las necesidades de contacto y regulación afectiva que el bebé requiere, de una forma distinta a la que lo hacía en los primeros meses. La madre aún plantea que es un regalón en cuanto a la demanda de contacto que Ariel manifiesta al llorar para que lo carguen, sin embargo, la madre parece mucho más disponible y flexible para sostenerlo, y mecerlo hasta que nota que Ariel esté tranquilo y puede descansar.

### **3.1.2 Handling**

En la manipulación, se observa una madre minuciosa que se preocupa de los detalles en los momentos que debe manipular al bebé. Es delicada al momento de tocar al bebé, lo toca suavemente y cuida los detalles al momento de atenderlo para asegurarse que está haciendo las cosas en forma que no dañe al bebé. Se observa esto en un episodio donde Carolina muda a Ariel cuando tenía 15 días de vida:

*“Carolina deja a Ariel sobre la cama, y se para a buscar las cosas para mudarlo...me comenta que lo muda con vaselina y agua, y algodón...Mientras busca las cosas, Ariel se pone inquieto en la cama, y se pone a llorar mucho, a mi me dan ganas de tomarlo o hacerle “sshhh, sshhh, sshhh”; sin embargo, me contengo y no hago*

*nada. Me da la sensación de que la madre esta muy concentrada en juntar los implementos para la muda. Moja los algodones, saca vaselina, y no le dice nada al bebé. Me angustia un poco esa sensación de no decirle nada, y que ella se demora para comenzar a mudarlo, ya que claramente está muy molesto. Le comienza a sacar la ropita, y Ariel sigue llorando con mucha fuerza, yo lo miro y me llama la atención sus encías bajas, pareciera como que le fueran a asomar dientes, y le pregunto a Carolina. Ambas nos acercamos a mirar sus encías, y comentamos, ella me dice que Isabella era igual, pero que no eran dientes, sino que en esas partes es más clara la encía. Me doy cuenta que Ariel se tranquilizó, y pienso si habrá sido porque nos acercamos a él a observar sus encías, y le hablamos de cerquita. Carolina lo muda muy tranquilamente, es muy minuciosa, y después le pone vaselina en el cuerpo. Me refiere que le dijeron que le pusiera vaselina en las partes que estuvieran secas. Además me comenta que ya lo puede bañar, ya que se le cayó el cordón...Vuelve a tomar a Ariel, y lo toma en brazos, lo apoya sobre ella, algo similar a la posición que usa para sacarle chanchitos, y le hace cariño en la cabecita, muy suavemente. Él se queda tranquilo, y me da la sensación de calma. Lo vuelve a tomar en brazos y le hace cariño. En un momento lo mira y le va a dar un beso y Ariel se tira un gran chanchito. Ella le dice “hay”, ya que la sorprendió, y le dice “te tiraste un chanchito”, y se ríe con él. Le dice “por suerte que tus chanchitos no son hediondos”. Lo sigue acunando y haciendo cariño (Observación N°1, ver anexo N° 6).*

En esta observación se visualiza una madre muy preocupada de los detalles en como debe mudarlo, sin embargo, parece más centrada en la tarea que en la regulación emocional del bebé. En este sentido, aparece un handling más operativo, que luego de la tarea da espacio a un handling centrado más en lo libidinal. Se preocupa que su piel esté hidratada para que no tenga problemas, pero pareciera ser una acción desligada de lo emocional. Luego de mudarlo, se observa una madre más conectada con el bebé, lo

acaricia, le habla y se generan espacios de intercambio. La forma de tomarlo muestra mayor contacto y conexión, cuando le habla se logra una sincronía de miradas.

En los primeros meses, es este tipo de handling que prima en la madre, sin embargo, a medida que va creciendo el bebé y se vuelve más activo, la madre se va conectando más con él, y aparecen más espacios de intercambio a través de las miradas y del habla que ella establece con él. Así también, la madre al estar más conectada con el bebé, ya no se centra sólo en la tarea, sino que se da espacio para una mayor contención emocional. Eso se refleja en que el bebé está más tranquilo, se ve disfrutando, y cuando hay momentos de inquietud la madre acude, lo acuna y él se tranquiliza fácilmente. Esto se puede observar en el siguiente extracto de una observación cuando Ariel tenía 5 meses y 23 días:

*“Ariel está en el suelo jugando y nos ha estado mirando, pero ahora se puso inquieto. La madre se para y lo toma, le dice “vamos a sentarnos acá”. Lo sienta con ella, en una posición que queda frente a mí. Se nota contento y yo comento que quería compartir con nosotras, y que quería regalinear. Carolina me dice que está muy regalón, que le encanta estar en brazos a propósito que su mamá y la nana lo tienen siempre en brazos. Ariel se queda tranquilo al estar sentado con la madre, mientras ella me estaba comentando algunas cosas, le hacía cariño a Ariel en la cabeza, como peinándolo. Se nota que él está feliz, la mira y se ríe...lo deja en el suelo nuevamente con sus juguetes. Luego de un rato Ariel se comienza a poner inquieto y Carolina se para y lo toma en brazos como en posición de sacar chanchitos. Le soba la espalda y él se queda tranquilo. Al sentarse nuevamente, el bebé se vuelve a quejar, con lo que la madre se vuelve a parar y le vuelve a sobar la espalda. Le dice “que regalón”. Luego de un rato, se sienta y Ariel estaba botando un poco de leche, ella le limpia. Ariel está tranquilo-inquieto, se mueve mucho, y reclama un poquito. Le aviso a Carolina que estamos en hora, y que ya me voy a ir. Ella me dice que va a aprovechar de mudarlo, ya que se da cuenta que está con el*

*pañal con mucho pipí, y que quizás por eso estaba inquieto” (Observación N°17, ver anexo N° 12).*

Acá se observa como la madre busca los elementos en el contacto con el bebé para tranquilizarlo, así mismo su preocupación no es solo la tarea de mudarlo, o la lactancia, sino que también detecta las necesidades de contacto que Ariel requiere. Si bien lo tilda como “regalón”, ella aparece cediendo ante sus deseos de contacto y lo regalonea. En este sentido, a medida que ha crecido el bebé, la madre está menos rígida en el contacto, se flexibiliza con lo que se permite un contacto más rico y más centrado en lo que el bebé necesita. Eso se refleja en un mayor estado de placer que se observa en el bebé cuando la madre acude y en cuanto también le permite entrar a estados de calma fácilmente.

### **3.1.3 Presentación de Objetos**

Winnicott enfatiza la función de presentación de objetos en cuanto la madre presenta el mundo al bebé y le permite crear al mundo a través de la ilusión y la experiencia de omnipotencia. En el caso de Ariel la madre no le dio pecho más que una semana, ya que ella refiere que su leche no lo engordaba y que además, él se demoraba mucho en la lactancia. Por eso, optó por el biberón. En las experiencias de lactancia que se pudieron observar la madre hace esperar al bebé en cuanto prepara el lugar minuciosamente, y además debe preparar el biberón. En los momentos que realiza la lactancia, Ariel está inquieto y llorón, sin embargo, cuando la madre ofrece el biberón él se agarra firme y toma su leche, tal como se describe en la observación N° 2 (pág. 32). Como se ha descrito en relación a las otras funciones maternas, Carolina es una madre más centrada en las acciones operativas y en este sentido, se toma el tiempo para realizarlas, sin embargo, no para contener emocionalmente al bebé cuando éste está angustiado. El bebé logra crear el objeto luego de un periodo en el cual ha estado esperando que la madre presente el objeto. Una vez que logra la conexión, Ariel se relaja e incluso logra el descanso. Con el tiempo se observa a Ariel usar su dedo para chupárselo

como conducta auto-regulatoria, de esta manera logra entrar en descanso. Así se puede ver en el siguiente extracto de una observación cuando Ariel tenía 4 meses y 11 días:

*“Ariel está en su silla huevito, sigue despierto, mira hacia afuera, me da la sensación que le atrae la luminosidad de la ventana, está con sus manitas abiertas, y estiradas, las mueve mucho. A ratos se pasa a llevar el babero y lo toma y se lo lleva a la boca, como por accidente. Aunque me parece que su objetivo es más bien chuparse los dedos. Luego de un rato, ya es solo el dedo el que se chupa. Lo que comento con la mamá de Carolina, y ella me dice que sí, que se chupa el dedo igual que Isabella, que el chupete ya no lo toma tanto, parece que prefiere el dedo. Esta muy conversador, mientras se mueve y estira sus manos, hace distintos sonidos, lo que comentamos con la abuela” (Observación N°12, ver anexo N° 9).*

En esta secuencia vemos como al bebé se le han ofrecido distintos objetos, y él está empezando a manipularlos de acuerdo a su deseo. Podríamos decir que los crea y los usa. Si bien la madre no quiere que se chupe el dedo por temas de prevenir deformaciones en el paladar como le sucedió a la hija mayor, Ariel a empezado a usar su dedo en forma auto-regulatoria para los momentos en los que se queda dormido.

En otros momentos son pocos los juguetes con los que interactúa el bebé, ya que pasa la mayor parte del tiempo en su silla. En su cuna tiene algunos juguetes y un peluche que toca música para dormir. La madre relata que le encanta y duerme abrazado a él. A medida que va creciendo la madre ofrece nuevos espacios para que el bebé explore y manipule. Lo comienzan a dejar en el suelo para que juegue y manipule como se describe en la siguiente observación de cuando tenía 5 meses y 23 días:

*“Me sorprende al ver a Ariel en el piso del living sobre una alfombra de juegos, con monitos colgantes. Se veía exquisito, estaba con un enterito rojo, de pantaloncitos cortos y mañana corta. Se le veía su piel blanquita, sus rollitos. Lo saludo y le digo lo lindo que está, y me da una sonrisa. Le comento a Carolina que entretenido para él*

*esta alfombra, además que era muy linda. Me dice que sí, que le gusta mucho, que se la habían regalado cuando nació y ahora la esta ocupando. Nos sentamos en el sillón junto a Ariel. Él está muy entretenido jugando con los juguetes que tiene sobre la alfombra, los agarra y los mueve, se los acerca y los chupa. Me da gusto ver lo activo que está, se nota libre y disfrutando. Mientras me conversa algo Carolina, miro a Ariel y está muy entretenido con sus juguetes, conversa y me llama la atención que además toma el chupete y trata de llevárselo a la boca. En ocasiones acierta en poner la parte del tete en la boca, pero otras no acierta y chupa la parte dura del tete. Se mueve mucho, con sus pies mueve las partes altas de la alfombra de donde cuelgan otros juguetes. Trata de agarrar los juguetes colgantes y de llevárselos a la boca. Yo le hago algunas muecas y él está muy risueño, nos mira con mucha atención, y me da la sensación que quiere participar de la conversación, ya que balbucea. Pienso en lo distinto que se ve ahora en esta alfombra de juegos, versus cuando estaba en su silla de coche. Recuerdo lo incómodo que estaba antes y lo libre y contento que se ve jugando ahora. Le refiero a Carolina que Ariel está muy activo, que se mueve mucho. Me dice que sí, que esta muy activo, que se mueve bastante. De hecho en ese momento Carolina se levanta para acomodarlo en la alfombra, ya que de tanto moverse estaba muy abajo de la alfombra. Me dice que le pone unas almohadas a los lados, ya que si bien la alfombra tiene un cojín para la cabeza, con todo lo que él se mueve, a veces se cae hacia los lados” (Observación N°17, ver anexo N° 12).*

En este extracto se ve como el bebé ya está interactuando con los objetos desde un lugar muy activo, explora y descubre acompañado de la madre; quien ahora puede conectarse con él de una forma mucho más integrada. Detecta que puede estar inquieto o incomodo, sus necesidades de interactuar con los objetos desde otro lugar, ya no desde su silla sino una exploración más libre de acuerdo a la edad e intereses del bebé.

No se observa que Ariel tenga predilección por un juguete u otro objeto en especial, si no que más bien explora y luego de un rato, cambia hacia otro objeto su atención. Hacia los 8 meses sigue ocupando su dedo para quedarse dormido, en preferencia al uso del

chupete, lo que la madre respeta a pesar de que no le gusta. A medida que va creciendo, va interactuando también con su hermana Isabella en los juegos, y disfruta cuando eso ocurre. Sus padres me relatan como ya a los 8 meses juegan a las tacitas, o a las escondidas. Él la busca con la mirada cuando ella se esconde por la habitación y sonrío cuando ella aparece. En la interacción con las personas que habitualmente están cerca de él es muy risueño, y responde ante las señales que le dan. Los reconoce con una sonrisa y en la interacción es muy activo.

### **3.2 DESDE LA NARCISIZACIÓN POR PARTE DE LA MADRE**

Como se ha expuesto desde las funciones de Handling y Holding, Carolina en un inicio presenta dificultades para libidinizar a su bebé, y el contacto con él se centra más en las tareas operativas de cuidado. Sus preocupaciones durante estos primeros meses tienen que ver con la exigencia de realizar bien su rol de madre con sus ambos hijos, con la posibilidad de continuar con sus actividades al mismo tiempo que ejerce su maternidad, y de atender a su primera hija sin que ésta se sienta desplazada por su hermano. En la siguiente viñeta, de una observación realizada cuando Ariel tenía 15 días, se puede observar algo de lo descrito:

*“Miro a Ariel y está muy concentrado tomando su leche, no parece que tenga sueño, ya que se nota que succiona con muchas ganas. Carolina me comenta: a Isabella le di pecho hasta los 6 meses, es que a mí me carga tener que dar pecho, eso de andar sacando la pechuga una y otra vez, así que le advertí al Juan Carlos que sólo 6 meses. Por eso cuando el doctor me dijo que tenía que darle a Ariel pecho cada 2 horas (porque no estaba subiendo de peso, y además estaba con reflujo) casi me morí, pero bueno. Con Isabella, Juan Carlos me decía "ya le toca"...y yo le decía "claro como no es tu pechuga... ". Ariel sigue tomando su leche plácidamente” (Observación N°1, ver anexo N° 6).*

En esta viñeta, se observa como Carolina se representa en forma negativa la lactancia materna, atribuyéndole una sensación de estar atrapada a los horarios del bebé, y su cuerpo pasa a ser un objeto que el otro usa y del cual dispone sin que ella tenga control de eso. Carolina declara abiertamente que prefiere no dar pecho y pasar a los niños a biberón tempranamente. En el caso de Ariel, Carolina prácticamente no le dio lactancia, ya que el pediatra le planteó darle una leche especial, ya que no estaba subiendo de peso y además estaba con reflujo. En este sentido, se puede pensar en cierta dificultad en la madre para entrar en un estado regresivo de fusión que le permita la identificación con las necesidades de su bebé, tal como lo plantea Winnicott (1960, 1962) con el estado de preocupación materna primaria, y McDougall (1989) con un cuerpo para dos. Desde ahí, se puede plantear el origen de las dificultades que Carolina experimenta para identificar las necesidades de Ariel, y en entregar su cuerpo para la satisfacción de éstas.

En la misma línea, en relación al contacto con el bebé, la madre refiere que no le gusta que tomen al bebé en brazos, ya que se acostumbrará a eso, y después hay que estar con él en brazos todo el rato. En general, el contacto está mediado por los cuidados de necesidades básicas del bebé (alimentación, mudar, baño, hacer dormir), en estos momentos Ariel es sostenido por la madre o su abuela. En otros momentos, al bebé se lo ve la mayor parte del tiempo en su silla coche, acompañado de la familia en las actividades que éstos realizan.

En los cuidados maternos, está muy presente la abuela materna de Ariel, quien acude a su casa todos los días. Esta es una costumbre habitual en la familia, y ahora que está el bebé, la abuela le ayuda a Carolina con las labores maternas y cuidado de los niños. En este sentido, hay veces que es la abuela quien le da su biberón o muda a Ariel; lo que le permite a Carolina descansar de esas labores en su madre. En estas situaciones, la madre de Carolina le permite descansar en momentos que está muy agobiada o dedicar también más atención a su hija mayor. Por otro lado, es importante consignar que la abuela de Ariel se da más permisos para tomarlo en brazos y sostenerlo, sin embargo, respeta que a su hija no le guste que lo tomen mucho brazos.



Carolina es una madre muy centrada en el cuidado de sus hijos, y así lo refiere ella. Le encanta realizar costuras, y en eso les dedica mucho tiempo. Les confecciona pijamas, tutos y pañitos, sábanas, decoración para sus piezas, entre otras cosas. En el caso de su hija mayor, Carolina se ha preocupado de estimular su desarrollo en áreas como el lenguaje, psicomotor, cognitivo a través de actividades. En el caso de Ariel, se observó que antes de su nacimiento, ya le había confeccionado distintos complementos textiles. Luego del parto y en los primeros meses, se puede observar que Carolina centra la relación con Ariel en los cuidados de sus necesidades biológicas. A medida que pasan los meses, se va estableciendo una conexión distinta con Ariel, ella muestra una mayor sincronía afectiva con el bebé, y se observan momentos de mayor libidinización. La madre lo va tocando más, aumentan las miradas, vocalizaciones y va interactuando con él de manera más lúdica.

En la siguiente observación, Ariel ya tiene 4 meses y 18 días, y vemos como la madre lo contiene de una forma distinta en sus brazos, logrando una conexión afectiva con sus necesidades:

*“Ariel esta inquietó, reclama en su silla nido, estira sus brazos, como pidiendo que lo levanten. La familia está presente, sin embargo, no le están prestando atención, y se demoran en percatarse de lo que pasa. Carolina se para y me alivia pensar que lo va a mecer, sin embargo, se paró para mostrar algo. De pasada se da cuenta que Ariel está reclamando, y se acerca a preguntarle que le pasa. Lo saca de la silla y lo toma en brazos, con lo que Ariel se queda tranquilo, los brazos le gustan. Ella le soba la espalda y comenta con su mamá si se habrá hecho caca. Le pide a la abuela que le tome el olor, pero la abuela dice que tiene tan mal olfato, yo lo huelo y le digo que sólo le encuentro olor a hipogloss. Carolina se queda con Ariel en brazos y se sienta en el sofá, lo sienta delante de ella mirando hacia mi. Él está muy despierto, observa todo y babea mucho. Mueve mucho más sus brazos que antes, y trata de agarrar las cosas. Se toma su babero que se lleva a la boca” (Observación N°13, ver anexo N° 10).*

En esta observación, Carolina percibe las señales de Ariel para ser alzado de su silla, y acude a levantarlo. La primera interpretación que hace de la solicitud de Ariel, tiene que ver la satisfacción de las necesidades biológicas, preguntándose si se habrá hecho caca, y por lo tanto, necesita ser cambiado. Luego de descartar que esta no era la motivación de Ariel para ser alzado, interpreta correctamente que el bebé necesitaba más contacto, para lo cual lo deja en sus brazos y logra calmarlo. Se observa como en esta secuencia, Carolina tiende a interpretar las señales de Ariel a partir de la función más operativa de la maternidad, más que desde lo relacional y libidinal. Sin embargo, una vez que descarta que las necesidades biológicas están satisfechas, se abre a pensar y validar la posibilidad de otras necesidades que requieren ser también atendidas. En este sentido, la posibilidad de tenerlo en brazos, conversar e interactuar con él de forma más libidinal, con mayor carga afectiva, son conductas que van aumentando a medida que Ariel va creciendo.

Por lo tanto, se observa como en un principio para la madre el contacto está mediado por las labores operativas de la maternidad, con pocas muestras de afectividad. Sin embargo, con el tiempo se observa que el contacto con su bebé no se limita sólo a estas actividades, si no que puede estar en otras instancias en donde él lo solicita, y ella lo representa como “regaloneo”. Carolina va realizando un contacto más fluido con Ariel, lo toca y acaricia, logrando una mayor conexión y sincronía emocional con él. Ya hacia los 8 meses se observa como la madre juega e interactúa de una forma distinta:

*“Ariel estaba en su coche y en ese momento se incorpora Carolina que viene de las piezas. Estaba con la Isabella que está con faringitis y estaba con fiebre; la dejó durmiendo. Me trae unos regalos que me tenía de Navidad. Cuando aparece, a Ariel se le llena su cara de alegría, sonrío de oreja a oreja; y de pasada me regala una sonrisa a mi también. Carolina se sienta a mi lado, y le devuelve la sonrisa a Ariel. Le agarra sus pies y les da unos besos y toca las plantas de los pies con las palmas. A él le encanta y se ríe, balbucea. Me da la sensación que se llena de vida.*

*Le vuelve a poner los pies, como para que ella repita lo que hizo, y lo hacen un par de veces” (Observación N° 22, ver anexo N° 14).*

En esta observación, se puede ver una mayor sincronía entre los estados afectivos de Ariel y Carolina. La madre juega con el cuerpo del bebé, libidinizándolo. Mostrándole su cuerpo y cargándolo de una experiencia emocional positiva, con la cual ambos disfrutaban. Se puede pensar en que a través de estos juegos, Ariel va pudiendo registrar un cuerpo libidinal, a la vez que deja huellas de experiencias de coordinación afectiva positivas con su madre.

### **3.3 DESDE LA PSICOSOMÁTICA DEL BEBÉ**

En este apartado se revisará la distinta sintomatología psicossomática que se pudo observar en Ariel, así como también algunas patologías que se pueden pensar desde una reacción psicossomática en el bebé frente a las fallas del ambiente.

Uno de los primeros signos que se pudieron observar en Ariel, fue su dificultad para subir de peso luego de dejar la Clínica. Cuando nació peso 3,510 kgrs, y a los 15 de nacido estaba en 3,100 kgrs., y tampoco había aumentado de estatura. En ese momento, por indicación médica la madre le estaba dando lactancia de pecho en conjunto con un biberón con relleno. Hacia los 22 días de nacido Ariel, Carolina decide dejar la lactancia de pecho y dejar sólo relleno; ya que su percepción era que la leche no le bajaba, Ariel se demoraba mucho en tomar leche, y se cansaba por el esfuerzo que significaba, con lo que después no tomaba el relleno y quedaba con hambre. Eso implicaba que despertaba mucho más seguido con hambre y, por lo tanto, había que darle más seguido su leche. Como el objetivo era que subiera de peso, decidió dejar sólo el relleno. Entre las apreciaciones de Carolina, había mucha preocupación por que Ariel creciera y aumentara de peso, cosa que no ocurría; sin embargo, también había algo de alivio al pasar de la lactancia de pecho al biberón con relleno, ya que con la lactancia por relleno podía estar segura que Ariel subiría de peso. Por otro lado, el pasar la lactancia a biberón, le permitía compartir la labor con su madre o nana, y así tener más tiempo para ella y para compartir

con Isabella, que también era su preocupación en el sentido que no se sintiera desplazada por su nuevo hermano. Cuando Ariel tenía 1 mes y 5 días, alcanzó el peso con el que había nacido y había crecido 2 cmts.

Por otro lado, a los 20 días le aparece un sarpullido en su carita, que no logran identificar la causa. Sin embargo, el pediatra le recomienda que vaya rotando la carita cuando lo acuesta, ya que puede ser por la transpiración o por leche que le queda. Luego de unas semanas se le pasa sin tratamiento.

Cuando tiene 1 mes Ariel tiene síntomas de reflujo que se van a mantener hasta los 6 meses más o menos. Pasa por periodos de mayor a menor intensidad y frecuencia, sin embargo, siempre se mantienen. Para esto el pediatra le indicó una leche especial. El doctor en un inicio no le da un diagnóstico claro de reflujo, y Carolina queda angustiada con la posibilidad que tenga algo más grave, ya que además el pediatra lo deja con unos medicamentos (Idon y Omeprazol) en forma constante. Carolina comenta que hay veces que Ariel se parece al personaje del exorcista cuando devuelve la leche, esto la impacta a la vez que la angustia, en cuanto siente que no puede ayudarlo. Cuando Ariel tenía 1 mes y 19 días, ya estaba en 4,200 Kgrms. y seguía creciendo, sin embargo, seguía botando mucha leche. El pediatra le pide exámenes para descartar la presencia de una hernia, lo que angustia a Carolina, sin embargo, fue descartado y confirman el diagnóstico de reflujo.

A los 2 meses de Ariel, se contagia con Virus Sincial, lo que lo tuvo complicado en cuanto a las vías respiratorias, ya que luego tuvo Bronquitis obstructiva. En dos ocasiones tuvieron que llevarlo a la clínica de urgencia por el grado de obstrucción. En la clínica le administraban oxígeno y lo aspiraban por la boca y nariz. En complemento estuvo unas semanas con apoyo kinésico. Durante este periodo, su hermana Isabella también estuvo enferma, sin embargo, en menor grado que Ariel; y el padre de Ariel estuvo con Neumonitis. Para la madre fueron unas semanas de mucho desgaste, y angustia ya que debía hacerse cargo de todos en casa. En especial, surge en Carolina la preocupación por Ariel en cuanto a la obstrucción y la posibilidad que no pudiera respirar. Esto se puede

visualizar en el siguiente extracto de la observación en la época en que Carolina debía llevar a Ariel a tratamiento kinésico, y el bebé tenía 3 meses:

*“Un evento que la angustió mucho la semana pasada fue cuando llevaba a Ariel al kinesiólogo. Me relata que mientras iban en el auto, se asustó mucho porque al mirarlo por el espejo retrovisor, Ariel no se movía, le tocó la carita y no se movía. Así que paró el auto para ver que le pasaba, se bajó del auto y fue hacía donde estaba sentado Ariel para moverlo; sin embargo, Ariel no reaccionaba hasta que lo tomó en brazos. Al parecer estaba durmiendo, pero ella se asustó mucho” (Observación N°9, ver anexo N° 8).*

A los 4 meses de Ariel, se contagia con virus influenza, lo cual fue menos severo que la bronquitis que había tenido recientemente.

A los 7 meses de Ariel comienza con regurgitaciones y vómitos explosivos, los que persisten en forma importante hasta el año de vida. En esta época Ariel ya estaba complementando su lactancia con comida. Si bien los síntomas fueron disminuyendo hacia el año de edad, aún estaban presentes en cierto grado, por lo que le hicieron algunos exámenes, y le diagnosticaron alergia alimentaria, asociado al pollo marinado. Así mismo, se detectó que tenía intolerancia a la lactosa, por lo que debía evitar ese tipo de alimentos.

En general, se puede observar que Ariel presentó problemas de crecimiento y talla desde el nacimiento, si bien, logró subir de peso y estatura, siempre estuvo en el límite inferior. Por otro lado, presentó síntomas de reflujo, regurgitaciones y vómitos explosivos los que fueron evolucionando hasta desaparecer luego del año de edad. Por último, los síntomas respiratorios y estados gripales en distinto grado también estuvieron presentes durante su primer año de vida.



## **CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DESDE EL FUNCIONAMIENTO DE LA DIADIA MADRE-BEBÉ**

La discusión con respecto al funcionamiento de la diada la voy a centrar en dos aspectos. En primer lugar abordaré los cambios en el estilo de maternaje que ejerce la madre con el bebé, y sus implicancias en el vínculo. En segundo lugar, voy a hacer un cruce entre los estados afectivos de la madre y del bebé y la presencia de algún tipo de funcionamiento psicossomático.

Con respecto al estilo de maternaje de Carolina, ella muestra un estilo muy centrado en la satisfacción de las necesidades biológicas del niño, lo que se observa en los cuidados que ejerce en la lactancia y en las mudas de Ariel. Sin embargo, el intercambio desde lo libidinal se observa muy poco en los primeros 5 meses. En ese sentido, Carolina ejerce un maternaje centrado en lo operatorio, con poca presencia de libidinización en Ariel, con una baja identificación de los deseos de contacto que el bebé manifestaba, por lo que coincide con el estilo de madre calmante planteado por Gutton (1983). Desde la vinculación, el intercambio vocal, de miradas, de juegos en el contacto es muy bajo, y el contacto está principalmente mediado por los cuidados biológicos. Desde la madre, está la preconcepción que los bebés no se dan cuenta de nada, por lo que ella manifiesta que su preocupación está centrada en la hija mayor, para que no se sienta desplazada y desde ahí con Isabella se ve una interacción mucho más lúdica que con Ariel.

Es importante consignar que Carolina manifiesta una alta preocupación por ejercer bien su función de mamá cuidadora de sus hijos, es muy autoexigente en las distintas áreas de su vida y en general sus preocupaciones tornan en relación al bienestar de quienes la rodean. Se le hace difícil expresar sus preocupaciones y emociones, y desde ahí ella siempre está bien y disponible para los otros, más que abierta a hablar de sus dificultades. En este sentido, estas características coinciden con el patrón de personalidad que presentan las personas con trastornos psicossomáticos (Lieberman, 1982; Marty, 1991), en donde Carolina centra su preocupación en torno a aspectos que tienen que ver más

con el hacer por el otro, como brindarle un ambiente físico cálido y acogedor a Ariel, a través de la confección de ropa, adornos para su pieza, juegos, etc.; versus el sentir con el otro, que pudiera ser un contacto más afectivo y libidinal. Asimismo, siempre manifestaba una alta preocupación por su estado de salud, lo cuál la angustiaba mucho cuando los diagnósticos no eran concluyentes, como por ejemplo, con respecto al reflujo. Esto también refleja que es más fácil centrarse en resolver las enfermedades físicas, que centrarse en lo emocional.

Carolina siempre estaba “haciendo” cosas por los niños, con poco tiempo para “ser” con los niños. Establezco esta distinción en cuanto a un estilo que ella tiene en el vínculo que establece, ya que para ella es mucho más fácil contactarse desde un hacer con el otro que desde “ser” con el otro, en el sentido de darle flujo a la afectividad y la expresión emocional. Con su hija mayor fluía mucho más espontánea la vinculación desde algo lúdico, sin embargo, desde Ariel aparece mucho más plana en el contacto. En este punto, por ejemplo, Carolina expresaba que no le gustaba que tomaran en brazos a Ariel, ya que no quería que se acostumbrara. Desde Winnicott, se puede plantear que el holding para Carolina era un riesgo de quedar atrapada en un tipo de vínculo en donde la demanda del bebé sobrepasa lo que ella siente que puede brindarle. La madre manifiesta abiertamente el hecho de quedar esclavizada a los horarios y demandas de lactancia por parte del Ariel, desde ahí que prefiere la lactancia a través del biberón. Asimismo, los momentos en que Ariel lloraba por alguna incomodidad, siempre era traducida por la madre desde una necesidad biológica, la cual se atendía minuciosamente desde lo operatorio, pero no desde la contención emocional y holding que la madre podría brindarle. El holding aparecía luego que la necesidad biológica era satisfecha, y en general se limitaba a sobar la espalda luego de la lactancia para que botara gases, o a través de mecerlo para que se durmiera. Sin embargo, la mayoría de las veces, era mecido en su silla coche, que era donde pasaba la mayor parte del tiempo.

En este sentido, el holding es algo que se observaba poco por parte de la madre, no así por parte de la abuela, quien si bien respeta las reglas de la madre, busca espacios para acurrucar, mecer y sostener al bebé cuando él lo solicita. La abuela era un recurso



importante de sostén para Carolina, ya que le ayudaba con la lactancia, mudas de Ariel y otros cuidados de los niños. Desde la abuela, se observaba una mayor libidinización y contacto con el bebé.

En la misma línea, el handling que Carolina realizaba con Ariel estaba teñido de la misma cualidad operativa con la que ejercía el Holding. Por ejemplo, con respecto a la lactancia, los tiempos eran supervisados a través de una libreta en donde llevaba un registro con los minutos de cada lactancia. El contacto tanto físico como visual era limitado, ya que en la lactancia Ariel era acostado sobre un cojín, sobre el cuál Carolina le sostenía el biberón. Se observaba un bajo nivel de cruce de miradas e intercambio, ya que en general Carolina estaba haciendo otras cosas a la vez que daba lactancia (conversación con su madre, hija, ver televisión, etc.).

A medida que Ariel va creciendo se observa un cambio en el contacto que Carolina establece con él. Hacia los 5 meses se observa como aparece una mayor sincronía e intercambio libidinal con el bebé. Carolina comienza a establecer un contacto más afectivo, con mayor juego e intercambio de miradas y vocalizaciones, lo que nos hace pensar en la posibilidad de desarrollar más vías colaterales. Ariel pasa a estar más activo, y desde ahí, ya no sólo está en su silla coche, sino que lo comienzan a ubicar en otros espacios en donde la libertad con la que se puede mover le permite explorar e interactuar con el mundo más libremente. Comienza a manipular objetos y jugar con ellos activamente, y eso la madre lo identifica con otras necesidades por parte del bebé, necesidades también más afectivas. Ariel ahora juega en una alfombra de juegos, está también en una silla columpio, juega con su hermana, comienza a comer y desde ahí incorpora nuevas experiencias con los objetos.

La madre refiere en una entrevista que se realiza al finalizar el periodo de observación, que los primeros meses fueron difíciles para ella en el vínculo con el bebé. Le costó mucho identificarse con Ariel y con sus necesidades afectivas que para ella, no estaban presentes, desde la preconcepción que los bebés no se dan cuenta de nada y más bien prima la preocupación por la satisfacción de sus necesidades biológicas. Esto también se puede pensar, desde su propia dificultad para identificar sus emociones y darles curso a

través del lenguaje y mentalización, y con una tendencia a dejar de lado las necesidades afectivas y hacerse cargo de otro tipo de necesidades con las que puede hacer cosas, más que sentir. Hacia los 9-10 meses Carolina percibe que Ariel es mucho más cercano afectivamente al padre que a ella, y desde ahí se da cuenta que debe hacer un cambio en su forma de interactuar con el bebé. Se plantea ser más afectiva y lúdica con Ariel, y seducirlo a través de distintas actividades. Desde su percepción fue en ese momento que logró un vínculo más espontáneo con Ariel, en donde es capaz de ver a su hijo y a sus deseos más que a sus necesidades biológicas.

Con respecto al cruce de los estados afectivos y el funcionamiento psicossomático de Ariel, se pudo observar la presencia de sintomatología durante todo su primer año, con algunos hitos especiales. Cuando Ariel recién nace, aparecen síntomas de reflujo que impactan en su crecimiento, lo cuál estuvo muy presente los tres primeros meses. Se puede rescatar que es una época de mucha demanda afectiva para la madre, ya que junto con la demanda afectiva que implica la maternidad no sólo de Ariel sino que también de su hija mayor, su marido además estaba con dificultades en el trabajo y con una fractura en la mano, que no le permitió tomar en brazos a Ariel hasta los 2 meses. En esta época, Carolina se observaba muy activa, pero poco expresiva con respecto a sus emociones. Sí se observaba angustia con respecto a los diagnósticos poco claros que se establecían con respecto al reflujo de Ariel, y al miedo a que pudiera ser algo más grave, como una hernia, lo cual se descarta con los exámenes. Durante estos primeros meses, fue muy marcado el tema del reflujo de Ariel, la dificultad para el crecimiento y con esto, que la madre no le diera lactancia y diera paso al biberón en forma temprana. Los momentos de intimidad con el bebé que se dan en la lactancia, en donde se posibilita una mayor conexión emocional a través de las miradas, vocalizaciones, contacto físico y sincronía, fueron muy escasos. La mayoría de las lactancias eran más bien operativas, con poco contacto físico, y muy teñidos con la preocupación de que fueran correctamente realizadas para que Ariel pudiera subir de peso y no devolver la leche con tanta facilidad.

Hacia los 4-5 meses de Ariel, Carolina manifiesta fuertes señales de desgaste, ya que está durmiendo muy poco por las demandas de los niños, en el día no logra descansar

a pesar que sus padres están presentes para ello; y se suma que su marido sufre un episodio depresivo producto de problemas laborales, por lo que estuvo con licencia 3 meses. Su preocupación en esta época está centrada en los niños y en su marido principalmente. Producto del desgaste físico y emocional, comenzó a somatizar a través de fuertes jaquecas, por las que tuvo que ir a urgencias. Al evaluarla su neuróloga, se pudo detectar que este desgaste la estaba llevando a la posibilidad de volver a sufrir las crisis epilépticas, por lo que le dejaron fármacos para dormir, y ajustaron su fármaco para la epilepsia. Sin embargo, decidió no tomar las pastillas por la noche para dormir, ya que su marido también estaba con tratamiento farmacológico. Esto implicaba que por las noches ambos no podían estar bajo el efecto de la sedación, ya que alguno debía hacerse cargo de las necesidades que pudieran tener los niños. En Carolina, se observa una postergación de sí misma por su familia, la preocupación por la depresión de su marido y las implicancias que eso podía tener para la estabilidad laboral de él, eran temas que en esta época la tenían muy apremiada.

Durante este periodo de mucho desgaste, Ariel sigue con síntomas de reflujo por lo cual duerme en la habitación de los padres. A los 6 meses Carolina quiso cambiarlo a su habitación, ya que a su hija mayor la había cambiado en la misma época, sin embargo, Ariel por la noche vomitó mucho, y eso la angustió ya que pensó que se podría haber ahogado. Es por eso que deciden mantenerlo en la habitación matrimonial hasta alrededor del año. Este evento, gatilla en Carolina el cuestionamiento en torno a su vínculo afectivo con Ariel, y le permite darse cuenta de la lejanía afectiva que experimentaba con él, y de la importancia del bebé en su vida. A partir de esto, se moviliza y hace un cambio en la forma de vincularse con Ariel. Es a partir de esta época que comienza a mostrarse más afectiva y lúdica con Ariel, aumentan las vocalizaciones, entonaciones afectivas y juegos cara a cara. En esta época, Carolina se permite tomar a Ariel más en brazos, y con esto ceder ante los regalones que él pide. Se observa mayor libidinización y contacto corporal, siendo Carolina capaz de detectar y validar estas señales que Ariel le da para solicitar la satisfacción este tipo de necesidades.

Hacia los 7 meses de Ariel, aparecen los vómitos explosivos y regurgitaciones, lo cuál coincide con fin de año, en donde el papá de Ariel estaba con licencia, y Carolina estaba muy angustiada por esta situación, ya que lo veía muy triste y desesperanzado. Además, se les agrega otro factor estresor a la familia, ya que al padre de Juan Carlos le diagnostican Alzheimer. Cómo se puede apreciar los padres de Ariel están emocionalmente desgastados, con pocas posibilidades de contener a Ariel. No obstante, se observa una mayor libidinización por parte de Carolina, un holding y handling mucho más sincronizado y armónico que al inicio de la relación, aumentan los síntomas psicossomáticos en Ariel. Incluso en algunas observaciones de este período, se puede ver como Carolina al jugar e interactuar con Ariel, se relaja y se conecta emocionalmente con el bebé en forma positiva, a pesar que se ve muy cansada. También fue un periodo donde en el vínculo con el papá pasó a tener más relevancia, ya que ahora estaba mucho más presente al estar 4 meses con licencia en la casa. Es importante consignar que si bien estaba más presente no necesariamente estaba más disponible emocionalmente, ya que estaba cursando un episodio depresivo. En relación a esta etapa, se observa que los padres de Ariel están con una alta exigencia emocional, desgastados y con pocas herramientas para contener y regular emocionalmente a Ariel.

En la entrevista final que sostuve con la madre con respecto a los momentos en donde se siente más sobrepasada emocionalmente, ella identifica dos momentos: cuando recién nace Ariel época en que su marido estaba con ciertos problemas en el trabajo, y estaba entrando a un estado más depresivo, y junto con eso se fractura la mano. Para Carolina significa mucho el sostén que Juan Carlos le brinda, y ella le brinda a él. En este sentido, son una pareja muy cómplices y muy cercanos entre ellos. Por eso, el hecho que Juan Carlos no pudiera tomar en brazos a Ariel hasta unos meses después de nacer por que estaba con su mano fracturada, les complicaba emocionalmente a ambos. Carolina se identificaba con el sufrimiento de Juan Carlos, y centra la dificultad de ese periodo en el sufrimiento que él siente, más que en el desgaste emocional que puede producirle a ella la maternidad y la demanda desde los niños. Esto también se puede entender desde la dificultad que tiene Carolina para mentalizar sus emociones y desde ahí, su tendencia a

focalizarse en los estados afectivos de los otros, y el bienestar de ellos. Era más fácil hablar de lo que estaba viviendo su marido, más que el desgaste emocional que ella sufre con la maternidad y con sostener emocionalmente a Juan Carlos.

Un segundo momento que Carolina identifica como de difícil manejo, es cuando Juan Carlos está con depresión, está con licencia y junto con ello está la inseguridad laboral con respecto a la continuidad de Juan Carlos en este trabajo. Además, se agrega la enfermedad del padre de Juan Carlos, y posteriormente un periodo que estuvieron sin nana. Carolina consigna este momento por el gran desgaste que ella tenía, en cuanto debía hacerse cargo de todo: los niños, cosas domésticas, trámites del médicos de Juan Carlos y licencias, entre otras cosas. En este sentido, Carolina tiende a dejar de lado sus emociones, y tiende a seguir funcionando, haciéndose cargo de lo que hay que hacer. En esto, con muy poco espacio mental para contener a los niños, con mucho desgaste y pocos espacios para mentalizar sus emociones con respecto a esta situación. Estas características coinciden con lo descrito por otros autores en cuanto a las características de personalidad de las personas con trastornos psicossomáticos, en donde se observan rasgos de dependencia emocional, falta de asertividad para la expresión de emociones negativas, evitación del conflicto, y la tendencia a mostrar una imagen eficiente, independiente, responsable, con altas exigencias en su rendimiento (Berrios, 2008; De Laire, 2009; Liberman, 1978; McDougall, 1991; Mingote, 2000). Winnicott (1964) plantea que en las personas con trastornos psicossomáticos es frecuente encontrar a mujeres que se han tenido que defender contra la angustia, y por lo cual, han tenido que cubrir sus propias necesidades afectivas desde los inicios de su infancia.

Este último momento descrito por Carolina, coincide con la presencia de vómitos y regurgitaciones en Ariel, por lo que se le hacen exámenes y se llega al diagnóstico de alergia alimentaria e intolerancia a la lactosa. Por lo tanto, es posible pensar en que el aumento de la sintomatología en Ariel, pueda tener que ver con la falta de regulación y contención emocional por parte de los padres.



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

Al inicio de esta investigación se plantearon preguntas en relación al efecto que tiene la presencia de una patología psicossomática en una madre en la calidad y modalidad en la que ejerce sus funciones maternas. Así también, se planteó la incógnita en torno a la capacidad de una madre, con éstas características, para regular los afectos de su bebé, en cuanto ella misma presenta dificultades para mentalizar sus propias emociones. Desde estas preguntas se propuso como objetivo explorar la modalidad de ejercer la función materna en una madre con un diagnóstico psicossomático, y describir el tipo vínculo que establece con su hijo; y de esta forma vislumbrar si hay alguna incidencia entre este tipo de vínculo, y la organización y funcionamiento psicossomático de su bebé.

De acuerdo a los resultados de la observación de la diada establecida por Carolina y Ariel, la discusión la centraremos en dos aspectos. En un primer punto describiremos el modo de Carolina de ejercer sus funciones maternas, considerando las dificultades y la evolución que tuvo, y en un segundo punto, describiremos las incidencias en el funcionamiento psicossomático de Ariel.

En relación a la forma de Carolina de ejercer sus funciones maternas, se distinguen dos tiempos. Un primer tiempo, se sitúa entre el nacimiento de Ariel y sus 5 meses de desarrollo. En este primer momento, se observó una dificultad en Carolina de contactarse con Ariel desde una forma más libidinal, y sus intercambios estaban más centrados en las funciones operativas de la maternidad. En este sentido, el holding y handling que Carolina ejerció con Ariel era de tipo más rígido, con cuidados que no siempre consideraban las necesidades afectivas de Ariel, dejando de lado los afectos, y centrándose en el “hacer”, con poco contacto físico en el holding lo que puede implicar un bajo desarrollo de vías colaterales (Bleichmar, S.; 1991). De acuerdo a lo establecido por Gutton (1983), se observa que Carolina coincide con una madre calmante que se centra en apaciguar las necesidades biológicas del bebé, pero con fallas en el establecimiento de una relación objetal con Ariel. No se observa un deseo circulante entre madre e hijo, desde ahí se

observa una dificultad en libidinizar a Ariel a través del contacto. Carolina se centra en aspectos que tienen relación con brindar un ambiente físico armónico a través de hacer una decoración para su pieza, confeccionarle ropa, darle lactancia y mudarlo en los horarios que corresponde.

En cuanto al holding y handling, se observaron dificultades en Carolina para identificarse con las necesidades afectivas de Ariel, desde ahí existieron ciertas fallas en la contención y regulación de los afectos del bebé, dándose cierta discontinuidad de los cuidados. En la madre se observaba que la forma de abordar las necesidades más afectivas era a través de los cuidados operatorios, el contacto físico en un inicio de la relación, era más bien pobre en cuanto a la calidad y cantidad. Asimismo, se constató que para Carolina, el establecer una relación de dependencia absoluta con su bebé le planteaba la dificultad de quedar atrapada, en donde ella tenía que postergarse en pro de los cuidados de su bebé. Esto se observó a través de la lactancia, la cual para Carolina significaba tener que estar un cien por ciento disponible para su bebé, y esto era sentido como esclavizante. También se pudo ver una dificultad en la narcisización del bebé, en donde en los momentos en los que se establecía contacto, había un bajo intercambio de miradas, de vocalizaciones y de contacto físico.

En este sentido, las funciones maternas en Carolina en un primer momento estaban centradas en cumplir con un deber, desde la imposibilidad de pensar a su hijo como un sujeto deseante y desde ahí libidinizarlo, sino más bien era percibido como un objeto, que percibe muy poco del mundo circundante, y desde ahí es pasivo en la interacción.

En un segundo momento, cuando Ariel ya tiene 5 meses, se comienza a observar un cambio en la relación que establece Carolina con su bebé. Se observa que la madre comienza a establecer un vínculo con una mayor conexión emocional con su bebé, en donde aparecen más conductas libidinizadoras y una mayor identificación y validación de las necesidades afectivas de Ariel. Este momento coincide con una mayor actividad por parte de Ariel, en donde Carolina lo identifica como más activo en la interacción.

De acuerdo a lo anterior, se puede establecer que el tipo de vínculo establecido por Carolina coincide con lo observado en otras investigaciones en madres con trastornos



psicosomáticas (Gutton, 1983; Matus, 1990, Cheja, 2000, Bleichmar, S., 1993), en donde está presente una dificultad en la conexión emocional y libidinizada con sus bebés, existiendo fallas en la continuidad de los cuidados y desde ahí, la interrupción de la continuidad del ser establecida por Winnicott.

En relación a la incidencia en el funcionamiento psicossomático de la diada, se puede concluir que de acuerdo a lo observado tanto en la madre como en el hijo se pudo constatar la presencia sintomatología somática durante el periodo de observación. En la madre, se pudo observar que en los momentos de mayor exigencia emocional y desgaste comienza a aparecer un funcionamiento más psicossomático, dado por presencia de insomnio, jaquecas y un alto riesgo de reaparecer crisis epilépticas. Los momentos más críticos estuvieron presentes en el nacimiento de Ariel con la alta demanda para compatibilizar las necesidades de Ariel y de su hija mayor, así como también lidiar con sus propias dificultades en cuanto a vincularse con su bebé. Posteriormente a los 5-6 meses de Ariel, también se observa sintomatología psicossomática, lo cual coincide con un desgaste familiar importante, en donde su marido cae en una depresión.

Por parte de Ariel, se observó la presencia de sintomatología psicossomática desde muy temprano, con la presencia de reflujo que se mantuvo e intensificó hacia los 7 meses de edad en donde se presentan vómitos explosivos y regurgitaciones, para luego diagnosticarse alergia alimentaria. Asimismo, también se pudo observar la presencia de síntomas respiratorios entre los 2 y 4 meses de Ariel, los cuales tuvieron distintos grados de intensidad.

A partir de los resultados se concluye que en esta madre con trastorno psicossomático se observaron ciertas características en el ejercicio de sus funciones maternas, asociadas a una dificultad para establecer un vínculo libidinal con su hijo, y regular los afectos del bebé, los cuales no lograba identificar ni calmar con la prontitud que se requería, generando espacios de quiebre en continuidad del ser. Esto coincide con la presencia de síntomas psicossomáticos en el bebé, lo que nos habla de ciertas fallas en la integración psique-soma en el bebé. Asimismo, una falla en la libidinización también plantea una falla en el desarrollo de vías colaterales en el psiquismo del bebé que le

permitan ligar la energía sexualizante entrante, quedando atrapado en un exceso de energía libre la cual se traspasa al cuerpo (Bleichmar, S.; 1993).

En cuanto a las limitaciones del estudio, si bien esta fue una investigación exploratoria con respecto al vínculo y las funciones maternas que una madre con trastorno psicossomático ejerce con su bebé, basada en el estudio de un caso, lo cual no nos permite generalizar estos resultados, sí nos da información que puede ser utilizada para futuras investigaciones que deseen profundizar los hallazgos obtenidos. Asimismo, entre las limitaciones también es importante considerar que a raíz de las enfermedades que tuvo Ariel durante el primer año, hubo periodos que no se pudieron realizar observaciones, ya que la madre prefería que no se realizarán tanto por Ariel como por la salud de la observadora que además estaba embarazada. Quizás estas observaciones podrían haber enriquecido la visión que podríamos tener de la madre en cuanto a su rol en la contención del bebé en situaciones de enfermedad.

No obstante las limitaciones que se pueden considerar en el estudio, los resultados obtenidos nos da luces sobre las áreas en donde se pueden generar programas de intervención temprana, apoyando a estas madres en el establecimiento de un vínculo que posibilite un desarrollo emocional sano en sus bebés. En este sentido, considerar las dificultades asociadas al establecimiento de un vínculo más libidinal y no sólo operativo con los bebés, la posibilidad de contener emocionalmente al bebé y no sólo satisfacer sus necesidades biológicas, trabajar el desborde emocional y la dificultad para pedir apoyo en el ejercicio de sus funciones, atenuar las fuertes exigencias en torno a ser una buena madre son temáticas importantes de abordar.

Por último, es importante cuestionarse con respecto a los factores protectores o de riesgo que pueden tener las madres con trastorno psicossomático, pensando en las redes de apoyo y contención con las que cuentan para el sano ejercicio de sus funciones maternas. En el caso de Carolina, sus padres fueron un recurso siempre disponible para ella, en cuanto a su presencia y apoyo con los niños, por lo tanto, se puede pensar en el rol de sostén que ejercían con ella; no obstante, Carolina no siempre los ocupaba por sus propias exigencias. En este sentido, la autoexigencia en ella limitaba el uso de sus recursos

de apoyo. Por otro lado, el marido que sí era sentido como un sostén importante, cursó una depresión que no le permitió ejercer su función de sostén, sino más bien que el tuvo que ser sostenido por Carolina. De esta forma, se transformó en un factor de riesgo que intensifica el desgaste en la madre, y desde ahí aumenta su sintomatología psicossomática. Por lo tanto, me parece que las redes de apoyo con las que cuentan las madres para ejercer sus funciones pueden ser un factor protector en cuanto sus características de personalidad le permitan darse permiso para pedir ayuda en los momentos de mayor desgaste.

Para finalizar sólo me queda decir que este recorrido por la maternidad de Carolina me permitió acompañarla con mi presencia, que aunque mi rol como observadora consideraba ser una escucha pasiva de lo que vivía y compartía conmigo, siento que de alguna forma, mi sola presencia también hacía de sostén para Carolina.



## BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. (1973): Manual de psiquiatría infantil. Barcelona, Masson.
- Anzieu, Didier (1987): El yo-piel. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Berrios, Andrea; Gaspar, Paulina; Rapaport, Ety; Armijo, Iván (2008): Estructura, estilo y dinámica de la personalidad en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile
- Bick, Esther (1963): Notas sobre la Observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. En *The International Journal of Psycho-Analysis*, XLV, 4, 1964.
- Bleichmar, Silvia (1993): La fundación de lo inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Bleichmar, Silvia (2000): Clínica psicoanalítica y neogénesis. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Bleichmar, Silvia (2011): La construcción del sujeto ético. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Botero, Hilda (2008): ¿Qué es la observación de bebés? Algunas consideraciones. *Revista de Psicoanálisis XX*, 2:102-124.
- Cheja, Reina et. al. (2000): Resultados parciales de una investigación en psicossomática. En *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*. Año 5, N°1 (7-20).
- Cox, J.L; Holden, J.M; Sagovsky, R. (1987): Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo (EPDS). *Revista Británica de Psiquiatría*, Vol.150
- De Laire, Ximena (2009): Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres diagnosticadas médicamente con fibromialgia. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
- Doltó, Françoise (1984): La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda

- Freud, Sigmund (1985): Proyecto de una psicología para neurólogos. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, Sigmund (1920): Más allá del principio del placer. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Gaddini, Renata (1991): Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático. En Bekei Marta, Lecturas de lo psicossomático. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Green, André (1986): La madre muerta. En Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González Odera, M. & Longas, C (2007): Deseo de maternidad y deseo de hijo- vicisitudes de la inclusión de la alteridad en el ejercicio de la función amparadora primaria. Memorias de las XIV Jornadas de Investigación, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo II, 442-444.
- Gutton, Phillippe (1983): El bebé del Psicoanalista, perspectivas Clínicas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hornstein, Luis (2003): Intersubjetividad y clínica. Buenos Aires: Paidós.
- Jadresic, Enrique; Araya R, Jara C. (1995): Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91
- Kreisler, L. (1989): La expresión somática en la psicopatología del lactante. En Lebovici, S. Y Weil-Halpern, F., La psicopatología del bebé. Editorial Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 2006.
- Krippendorff, K.(1990). Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica. Piados Comunicación.
- Liberman, David; Gassano de Piccolo E.; Neborak de Dimant, S.; Pistiner de Cortiñas, L.; Roitman de Woscoboinik, P. (1982): Del cuerpo al símbolo. Santiago: Editorial Anaké
- Maladesky, Alfredo (2000): Proyecto de investigación de factores de riesgo somático y psíquico, y desarrollo de un programa de prevención en psicossomático. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoanálisis. Asociación Escuela de Psicoterapia para

Graduados y Universidad de la Matanza. Buenos Aires, Argentina.

- Martínez-Sánchez, F. (1996): Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). En *Clínica y Salud*, 1996; 7 (1):19-32.
- Marty, Pierre (1991): Mentalización y Psicossomática. En *Revista n/A Psicoanálisis de niños y Adolescentes*, Nº 3, p 7-22. Buenos Aires.
- Matus, Susana (1990): Cuerpo y Familia: Funcionamiento familiar y afecciones psicossomáticas en *Revista de la asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, Vol. XXIII Nº 3-4.
- Matus, Susana Et.al. (1992): Vínculo y soma: Familia, lugar del guión en *Revista de la asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, Vol. XXV Nº 1
- McDougall, Joyce (1989): *Teatros del cuerpo*. Barcelona: Editorial Yébenes.
- McDougall, Joyce (1991): Un cuerpo para dos. En *Lecturas de lo Psicossomático*. Buenos Aires: Editorial Lugar
- Mingote, Carlos (2000): La medicina psicossomática desde una perspectiva de género. En *II Jornadas de salud y género (2001)*, Nº32. Editado por Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, Madrid.
- Moral de la Rubia, José y Retamales, Rebeca (2001): Estudio de validación de la escala de alexitimia de toronto (TAS-20) en muestra española. Extraído de:  
[http://www.psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/diagnostico-76/pruebas\\_complementarias/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/](http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico-76/pruebas_complementarias/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/)
- Otero, Juan y Rodado, Juan (2004): El enfoque psicoanalítico de la patología psicossomática. En *Aperturas Psicoanalíticas*, Nº16.
- Pedreira Massa, J.L. & Menendez Osorio, F. (1981): El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica. En *Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, Vol. I, 0: 81-93.
- Pla, E. & Salazar, I. (2000): Modalidades del Vínculo madre-bebé en la consulta pediátrica. Observaciones en Pacientes con reflujo gastro-esofágico. En *Reyes de Polanco, Nohemí “Observación de Bebés”*, Editado por Plaza y Valdés, S.A. de C.V.,

México.

- Rodulfo, Ricardo & Rodulfo, Marisa (1986): Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes. Buenos Aires: Lugar
- Untoiglich, Gisela (2009): Patologías actuales de la infancia. En Wettengel, L. et.al. (2009) Patologías actuales en la infancia: Bordes y desbordes en clínica y educación. Buenos Aires: Noveduc.
- Wald, Analía (1999): La investigación psicoanalítica en el campo de la psicossomática. En Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA. Año 4, N°2 (135-146)
- Winnicott, Donald (1949): La mente y su relación con el psiquesoma. En Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott, Donald (1960): La teoría de la relación entre progenitores-infante. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, Donald (1962): La integración del yo en el desarrollo del niño. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, Donald (1964): Elementos positivos y negativos en la enfermedad Psicossomática. En Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D; 1987: Los bebés y sus madres. Paidós, Buenos Aires, 1990.



## ANEXOS

### 1. Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ he sido invitada a participar en un investigación que realizará Claudia Ahumada, a través de un estudio de caso que tendrá como metodología la observación de la interacción que establezca con mi bebé

Entiendo que este estudio busca describir como ejerce las funciones maternas una madre con un diagnóstico psicossomático, y desde ahí observar si su bebé presenta o no sintomatología psicossomática. Para ello, se requiere que la observadora acuda a mi domicilio una vez a la semana, durante una hora, desde el nacimiento de mi bebé hasta los 8 meses. Estoy dispuesta a contestar los cuestionarios que se requieren así como entregar los datos que sean necesarios para la investigación.

Entiendo que la información registrada será confidencial y sólo conocida por la observadora, el grupo de supervisión y serán registrados en los resultados de la investigación. Entiendo que mi identidad y la de mi familia será conocida solamente por la investigadora, ya que mis datos serán registrados con un seudónimo. También entiendo que la información será procesada privilegiando el conocimiento compartido y expuesto lo que sea necesario para explicar los resultados de la investigación.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados, y no recibiré ningún pago por mi participación.

Asimismo, sé que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa.

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, durante cualquier etapa del estudio, puede comunicarse con Claudia Ahumada, al mail [caahumadaq@gmail.com](mailto:caahumadaq@gmail.com)

## **2. Escala de Depresión de Post-parto de Edimburgo (EPDS)**

La escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo fue creada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección rápida de madres que padecen depresión post-parto. Consiste en 10 cortas declaraciones, ante las cuales la madre debe indicar con cuál de las 4 posibles respuestas identifica mejor el estado emocional que ella ha tenido durante la semana anterior. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2, y 3 según el aumento de gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se anotan en orden inverso. El cuestionario tiene un puntaje máximo de 30 puntos, y una puntuación de 12 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad (Cox, J.L.; Holden, J.M.; Sagovsky, R.; 1987; Jadresic, E. Et.al.; 1995).

A continuación se adjunta el cuestionario contestado por Carolina, en el cual obtuvo 9 puntos, lo que descarta el que hubiera estado cursando una depresión post-parto luego del nacimiento de Ariel.

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: CAROLINA

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: 28 de enero de 1975

Fecha de Nacimiento del Bebé: 22/05/2012 Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tanto como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p> <p><input type="checkbox"/> No, no he podido</p>               | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte de las veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No, casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>                              |
| <p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Algo menos de lo que solía hacer</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente menos</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>                   | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí, algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>                              |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p><input type="checkbox"/> No, para nada</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a menudo</p>  | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No, nunca</p>                   |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No, no mucho</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>  | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No, nunca</p>                                       |

### **3. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)**

La escala de Alexitimia de Toronto fue desarrollada por Bagby, Parker y Taylor en 1994, contando con dos versiones anteriores. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 20 preguntas, con 6 posibilidades de respuestas, que van de una escala de “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”, que se puntúan entre 0 y 5. Los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 se puntúan inversamente. La escala consta de tres subescalas que miden: dificultad para la discriminación de señales emocionales (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad en la expresión verbal de las emociones (ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento orientado hacia detalles externos (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20) (Moral de la Rubia, J.; Retamales, R.; 2001; Martínez-Sánchez, F.; 1996)

A continuación se presenta el cuestionario contestado por Carolina, en el cual obtiene un puntaje menor a 61, lo que descarta la presencia de Alexitimia. Aunque sí se destacan las respuestas positivas que da en la sub-escala asociada a la expresión verbal de sus emociones, en los ítems 4, 11, 12 y 17.

Identificación CAROLINA ..... Fecha MAR 20 - 2012

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual.

Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muy en desacuerdo      B: En desacuerdo      C: Ligeramente en desacuerdo  
 D: Ligeramente de acuerdo      E: De acuerdo      F: Muy de acuerdo

	A	B	C	D	E	F
1.- A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden .....	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente .....	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado .....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo .....	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Tengo sentimientos que casi no puedo identificar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Estar en contacto con las emociones es esencial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- La gente me dice que exprese más mis sentimientos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- No sé qué pasa dentro de mí .....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- A menudo no sé por qué estoy enfadado .....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17.- Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: 46

#### **4. Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicossomática (C.I.V.P)**

El Cuestionario de indicadores de vulnerabilidad psicossomática (C.I.V.P) es un cuestionario autoadministrado que buscan detectar el grado de alteración de ciertas funciones del pensamiento, afectividad, adaptación a la realidad externa, entre otros; asociados a la presencia de vulnerabilidad psicossomática (Maladesky, A.; 2000).

La vulnerabilidad psicossomática es un constructo teórico que considera que producto de alteraciones psíquicas funcionales en el sujeto, éste se encuentra desprotegido para afrontar experiencias vitales de alta carga afectiva, propias de la vida cotidiana. En este sentido, la vulnerabilidad alude a la incapacidad funcional de la psique para la transformación de la energía psíquica primordial. Esto implica que el sujeto no logra transformar esta energía en cualidad y significación, tendiendo a la descarga pura a través de manifestaciones sintomáticas en el cuerpo o explosiones conductuales en la realidad externa. La descarga de los incrementos de excitación psíquica por estos canales de menor resistencia, han sido condicionados a lo largo de la historia vital del sujeto ya sea por factores biológicos, genéticos o hereditarios (Maladesky, A.; 2000).

En este sentido, el cuestionario permite evaluar los ideales del sujeto, reflejados en sus niveles de exigencia, la valoración personal que el sujeto hace de sí mismo en cuanto a las investiduras narcisísticas, la tolerancia a la frustración en relación a las modalidades en que varían sus estados de ánimo, los recursos personales con los que cuenta el sujeto para el cuidado de sí mismo y los modos de afrontamiento de los incrementos de excitación producidos ante un estrés o tensión crónica. La interacción de estos elementos y su evaluación permite reflejar el grado de vulnerabilidad psicossomática, y por lo tanto, identificar estos factores de riesgo a desarrollar patologías psicossomáticas (Maladesky, A.; 2000).

El cuestionario consta de 20 preguntas, ante las cuales el sujeto debe elegir entre 4 alternativas la que más lo identifique, entre alternativas que van de: Siempre, Casi Siempre, A veces y Nunca. Lo cual se puntúa respectivamente de 4 a 1 punto. Si el sujeto obtiene una puntuación de más de 60 puntos, indica un nivel alto de vulnerabilidad. Una

puntuación entre 40 a 60 puntos, refleja un nivel medio de vulnerabilidad, y un puntaje entre 20 y 40 puntos indica un nivel bajo de vulnerabilidad (Maladesky, A.; 2000).

En el caso de Carolina, obtuvo 50 puntos lo que indica un nivel medio de vulnerabilidad psíquica. En el caso de Carolina destacan los fuertes niveles de exigencia e ideales que se reflejan en las preguntas nº 3, 8, 9, 11. A continuación se presenta el cuestionario contestado por Carolina.

## Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicossomática C.I.V.P.

1.	¿Practica con regularidad alguna actividad que le guste, que no sea laboral –baile, coro, deporte, etc. – ?	1.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
2.	¿Puede diferenciar fácilmente estados de enojo, miedo o tristeza?	2.	<input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
3.	¿Le gusta que las cosas sean o le salgan perfectas?	3.	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
4.	¿Le resulta fácil compartir sus emociones con otras personas?	4.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
5.	¿Se siente fatigado, o cansado, aunque no haya realizado ningún esfuerzo?	5.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input checked="" type="checkbox"/> Nunca
6.	¿Acostumbra tener fantasías, imaginaciones o soñar despierto?	6.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
7.	¿Se esmera en satisfacer los pedidos de otras personas?	7.	<input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
8.	¿Deja tareas pendientes sin terminar?	8.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
9.	¿Trabaja más de 60 horas semanales?	9.	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
10.	Cuando tiene dolores o molestias físicas: a) ¿Consulta al médico? b) ¿Recurre a alguna medicación conocida? c) ¿Sigue con su tarea habitual esperando que se le pase?	10.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
			<input checked="" type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
			<input type="checkbox"/> Siempre <input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
11.	¿Puede estar sin hacer nada?	11.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input checked="" type="checkbox"/> Nunca
12.	¿Tiene sueños mientras está durmiendo?	12.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
13.	¿Le interesa averiguar porqué le ocurren las cosas?	13.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
14.	¿Toma algún medicamento para la ansiedad, insomnio / nerviosismo?	14.	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
15.	¿Cuando algo le sale mal se defrauda y abandona?	15.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
16.	¿Se siente con tensión, agitado, nervioso o irritado?	16.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
17.	¿Tiene sensaciones en su cuerpo que no logra describir, entender o reconocer?	17.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input checked="" type="checkbox"/> Nunca
18.	¿Cuando se va a acostar a la noche se duerme inmediatamente?	18.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input checked="" type="checkbox"/> Nunca
19.	¿Tiene dolores de cabeza, estómago, cervicales y/o lumbares?	19.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
20.	¿Siente apatía, desinterés o indiferencia, falta de energía frente a lo que le toca vivir?	20.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input checked="" type="checkbox"/> Nunca



## **5. Cuestionario de Indicadores de Salud (C.I.S.)**

El cuestionario de indicadores de salud (C.I.S) fue construido en conjunto con el C.I.V.P pensando en obtener mayor información clínica de los sujetos, y de esta forma al entrecruzar ambos cuestionarios poder diseñar programas de intervención a nivel preventivo. El cuestionario indaga antecedentes en relación a hábitos, enfermedades, accidentes, pérdidas o situaciones dolorosas que el sujeto pueda haber vivido (Maladesky, A.; 2000).

En el caso de Carolina, el cuestionario permitió ver su historia clínica en relación a patologías psicossomáticas previas, medicación usada, y situaciones de vida dolorosas que vivió. La información relevante de este cuestionario fue consignada en la descripción de la muestra en relación a las características de la madre (ver página 25).

CUESTIONARIO DE INDICADORES DE SALUD – C.I.S.	
1. Sexo: <b>FEMENINO</b>	2. Edad: <b>37</b>
3. Ocupación:	4. Estado civil: <b>casada</b>
5. Escolaridad: <b>Universitaria</b>	6. Nacionalidad: <b>Chilena</b>
7. Peso: <b>64</b>	8. Altura: <b>1,58</b>
9. ¿Se ha practicado algún examen clínico en los últimos 5 años? ¿Cuál? <b>de embarazo</b>	
10. ¿Cuál es su presión sanguínea? Si no la sabe exactamente, señale si es alta, normal o <b>baja</b>	
11. ¿Cuál es su nivel de colesterol en sangre? <b>normal</b>	
12. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad específica o síntomas repetidos? ¿Cuál?	
a) Diabetes	
b) Cáncer	
c) Hipertensión arterial	
d) Problemas cardíacos	
e) Problemas renales	
Ⓛ Problemas gastrointestinales: <b>colon irritabile</b>	
g) Problemas osteo-musculares	
h) Úlcera	
i) Alergias	
j) Enfermedades infecciosas	
k) Trastornos ginecológicos (infecciosos / hormonales / oncológicos)	
l) Trastornos prostáticos	
Ⓜ Otros <b>Epilepsia</b> <b>Trast. Bipolar</b>	
13. ¿Sus padres o hermanos han padecido o padecen de alguna enfermedad específica o síntomas repetidos? ¿Cuál? <b>NO</b>	
14. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? <b>NO</b>	
15. ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿De qué tipo y qué cantidad diaria? <b>NO</b>	
16. ¿Está tomando alguna medicación? ¿Cuál y en qué dosis? <b>ALPRAZOLAN 2 x 0,5mg</b> <b>LAMOTRIGINA 2 x 100mg</b>	
17. ¿Ha tenido algún tipo de accidente en los últimos años? ¿Cuál? <b>NO</b>	
18. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? ¿Cuál? <b>CESARÍA</b>	
19. ¿Ha tenido o tiene problemas odontológicos? ¿Cuáles? <b>NO</b>	
20. ¿Ha sufrido alguna pérdida importante, o algún acontecimiento doloroso en los últimos 5 años? (muerte, despido, mudanza, separación, etc.) <b>NO</b>	
21. Frente a situaciones dolorosas o difíciles, ¿recurre a la ayuda o compañía de otras personas? <b>A VECES</b>	

## **6. Observación Nº 1**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 1

Edad del bebé al momento de la Observación: 15 días

Me abre la puerta la nana, y detrás veo a la abuela materna de Ariel, quien me saluda de una forma muy afectuosa. Me hace pasar al living comedor, y me explica que Carolina ya viene. En el living está sentado en un sofá un señor, que deduzco será el abuelo materno de Ariel, pienso que es igual al viejo pascuero, se ve de edad...lo saludo, y él se levanta para saludarme. Me da un abrazo muy afectuoso, lo que me sorprende. Me dice tanto tiempo chiquilla, a lo que yo respondo, "sí, mucho tiempo". Sin embargo, pienso "como se acuerda de mi, si no me ve desde que tengo 10 años..., y cuando yo ni siquiera tengo una imagen." Vuelve la abuela de Ariel y me dice que pase no más, y me pregunta si no me importa que Carolina esté dando leche. Yo le digo que para nada, "siempre que a ella no le importe..." y voy a la pieza principal.

Al entrar veo a Carolina sentada en la cama, con Ariel sobre un gran cojín tomando pecho (que después me doy cuenta que es la almohada que está con un paño de algodón). Me parece tan pequeñito, y lo veo muy concentrado chupando. Está vestido con un enterito verde oscuro con algunos colores en el tono, me parece muy moreno y con bastante pelo. Aún no puedo ver bien su carita. Saludo a Carolina y trato de no mirar a Ariel tan directamente, sobretodo que recuerdo que ella me había dicho que no le gustaba dar pecho delante de otras personas, lo que asumo como un privilegio el que me lo haya permitido. Es por eso que me noto tratando de no mirar tan directamente, y mirándola más a su cara. Carolina me pregunta si quiero tomar algo, le digo que no se moleste que quizás después, ya que acabo de almorzar.

En la pieza hay una cama matrimonial, a un costado una cunita pequeña de madera, que me parece muy linda. Junto a la cuna hay una silla blanca que tiene ropa encima, y en diagonal a la cama hay un televisor. Miro donde me puedo sentar, y opto por

sentarme en la cama en una posición en diagonal a ella. Le comento lo linda que me pareció la cuna, me dice que sí, que parece esas cunitas de madera de muñecas de la época en que éramos chicas, ya que tenían unas flores caladas. Yo no las recuerdo, pienso que nunca fui muy de muñecas, pero me río y omito.

Me saco una chaqueta con la que andaba, ya que en la pieza está muy temperado. Carolina me dice que no hay calefacción, sino que el sol calienta mucho la pieza.

Me llama la atención la posición en que la madre le da lactancia a Ariel, ya que el bebé está de espalda mirando hacia arriba sobre la almohada, y ella está sentada en posición de indio, frente a él, y le ofrece el pecho. A ratos lo mira, a ratos mira al frente y también a mí cuando me comenta algo. Sin embargo, me llama la atención el poco contacto físico, y me parece una acción mucho más centrada en la alimentación.

Carolina me comenta que Ariel ha estado con algunos problemas para subir de peso, que ahora está en 3,100 Kg. , y nació de 3,510 Kg., por lo que no ha recuperado el peso. Me dice que parece que a ella no le ha bajado la leche, y por eso el pediatra le dijo que complementara con relleno, y retomó el Sulpilan. En quince días más debe ir a control. En el primer control de los 13 días, el pediatra midió al bebé, y les dijo que no había crecido. Pienso si efectivamente crecen en una semana, y me parece increíble todos los cambios que tienen los bebés en tan poco tiempo. Miro a Ariel y está muy concentrado tomando pecho, no parece que tenga sueño, ya que se nota que succiona con muchas ganas. Carolina me dice: “a Isabella le di pecho hasta los 6 meses, es que a mí me carga tener que dar pecho, eso de andar sacando la pechuga una y otra vez, así que le advertí a Juan Carlos que sólo 6 meses lo haría con Ariel. Por eso cuando el doctor me dijo que tenía que darle pecho cada 2 horas (porque no estaba subiendo de peso y además estaba con reflujo) casi me morí, pero bueno... Con Isabella, había momentos que Juan Carlos me decía "ya... le toca" refiriéndose a la leche...y yo le decía "claro como no es tu pechuga...". Ariel sigue tomando plácidamente su leche.

Carolina me dice que ella se ha sentido mejor, que ya no le molestan tanto los puntos, pero que aún en ciertos movimientos siente el tirón. Que de todas maneras con Isabella su recuperación fue mucho más rápida. Me comenta que al segundo día se fue al

Mall a cambiar unos regalos, que no le dijo nada al doctor, pero lo hizo porque él le dijo que entre más se moviera más rápido se iba a recuperar. Además, a Isabella la tomó inmediatamente en brazos, lo que el doctor le había dicho después de 15 días, pero ella no se aguantó tanto tiempo.

Está la televisión prendida, y me doy cuenta que Carolina la usa para tomar el tiempo, ya que en un momento toma el control del TV y selecciona algo que le da la hora, tiene una libreta donde va anotando el tiempo de lactancia. Se cambia a Ariel de lado, y él sigue succionando con muchas ganas. En esta posición puedo observar en forma más directa su carita. A propósito de los regalos me dice que le encantó mi regalo, que es muy lindo y que le encantan los sonidos. Además es un caballito de mar, y a ella le encantan. Me dice: “Le achuntaste justo justo...”, le digo que bueno que le gusto.

Carolina nuevamente toma el tiempo en la TV, y le saca el pecho lentamente. Toma un tuto y se lo pone en el hombro más hacia el pecho, y pone a Ariel sobre el tuto para sacarle gases. Sin embargo, a mi me parece que es casi más un cariño muy suavemente que le realiza tocándole la espalda, que el sacar gases. Carolina me sigue conversando, y me comenta que Isabella ha estado muy cariñosa con Ariel. Me dice: “Ella lo incorpora en todo, va con los abuelos a la plaza, y les dice "con Ariel?". O le dan un dulce, y ella dice “otro para Ariel”. Cuando le doy pecho a Ariel y termino, Isabella me dice “ahora me toca a mi”. Entonces o la tomo, o se acuesta sobre el cojín y le hago cariño, o le doy su papa. Lo ha integrado mucho, y está pendiente de él”.

Carolina comenta que le preocupaba ponerse histérica como ha visto a otras mamás con niños pequeños y seguidos, pero que se ha sentido súper bien. Además refiere que ellos se portan muy bien, son muy tranquilos. Se interrumpe, y me dice que va a tener que mudar a Ariel, ya que sintió que se tiró un pedito con algo... Lo deja sobre la cama, y se para a buscar las cosas para mudarlo. Yo aprovecho para mirarlo más de cerca, y lo veo muy tranquilo, con los ojos muy abiertos. En un momento bota un poco de leche, y le aviso a Carolina que está botando leche. Ella busca un tuto, y lo limpia. Ahí me comenta que otro día botó mucha leche, por eso le dijeron que estaba con reflujo.

Carolina sigue buscando las cosas para mudarlo, y me comenta que lo muda con vaselina y agua, y algodón. Con Isabella dice que hacía lo mismo. Aunque que con Ariel es distinto, en el sentido que tres veces él se ha hecho pipí mientras lo está mudando, me dice “con Isabella dejaba la poza no más, pero acá me mojé toda la ropa”.... Me comenta que algunas amigas le han dicho que le ponga un algodón mojado en el pene para evitar que le tire pipí. Yo le digo que sí, y que también puede ser una toallita húmeda. Mientras ella busca las cosas, Ariel se pone inquieto en la cama, y se pone a llorar mucho, a mi me dan ganas de tomarlo o hacerle “sshhu, sshhu, sshhu”; sin embargo, me contengo y no hago nada. Me da la sensación de que Carolina esta muy concentrada en juntar los algodones, los moja, saca vaselina, y no le dice nada a Ariel. Me angustia un poco esa sensación de no decirle nada, y que ella se demora para comenzar a mudarlo, ya que claramente está muy molesto. Le comienza a sacar la ropita, y él sigue llorando con mucha fuerza, yo lo miro y me llama la atención sus encías bajas, pareciera como que le fueran a asomar dientes, y le pregunto a Carolina si es así. Ambas nos acercamos a mirar sus encías, y comentamos, ella me dice que Isabella era igual, pero que no eran dientes, sino que en esas partes es más clara la encía. A mi me llama la atención, ya que mi hijo nació con un diente y otro por salir. Me doy cuenta que Ariel se tranquilizó y dejó de llorar, y pienso si habrá sido porque nos acercamos a él a observar sus encías, y le hablamos de cerca.

Ariel me parece muy rico, es moreno, y ahora que está tranquilo abre sus ojos y siento que me mira muy concentradamente. Carolina le saca su ropita, y me comenta que anda de verde. Me impresiona sus piernas flaquitas y largas, y me contrasta por lo chiquitito en comparación con mi hijo. Me parece que se parece mucho a la hermana, y se lo comento a la madre. Ella me dice que muchos le han dicho eso. Ariel se queda mirándome, y lo saludo y le digo que nos vamos a ver un tiempo. Me llama la atención sus ojos, son grandes, y me parece muy despierto, muy observador. Tiene puntitos blancos en la nariz, y su boca es delgada. Ahora me parece más pequeña que cuando estaba llorando.

Carolina lo muda muy tranquilamente, es muy minuciosa, y después le pone vaselina en el cuerpo. Me comenta que le dijeron que le pusiera vaselina en las partes que

estuvieran secas. Además dice que ya lo puede bañar, porque se le cayó el cordón. Le manifiesto lo pronto que se le cayó, y me dice que sí. Le da la sensación que se lo pasó a llevar con la ropa, porque le sangro un poquito. Carolina le sigue colocando un poquito de alcohol en el cordón para que se seque bien. Me dice que a Isabella cuando la vio colocándole alcohol a Ariel, le decía "no mamá, no mamá"; como si pensara que le estaba haciendo algo malo al bebé. Me comenta que Isabella se asusta cuando ella se corta las uñas, hace lo mismo. Carolina piensa que ese temor puede estar motivado por el hecho que Isabella nunca ha visto que le corta las uñas, ya que se las corta cuando está dormida.

La madre vuelve a tomar a Ariel en brazos, y lo apoya sobre ella, algo similar a la posición que usa para sacarle gases, y le hace cariño en la cabecita, muy suavemente. El bebé se queda tranquilo, y me da la sensación de calma. Lo vuelve a tomar en brazos y le hace cariño. En un momento lo mira y le va a dar un beso y él se tira un gran gas. Ella exclama "¡hay!!!" como que la sorprendió, y le dice "te tiraste un chanchito", y se ríe con él. Le dice "por suerte que tus chanchitos no son hediondos". Lo sigue acunando y haciendo cariño.

Me pregunta si lo deja en la cuna para que yo lo mire, le digo que no se preocupe que yo observo lo que ellos habitualmente hagan, no es necesario que lo ponga en alguna posición. Si quiere dejarlo, o tenerlo en brazos o alguien más está y lo toma no hay problema. La idea este sea lo más natural posible. En ese momento lo deja en la cuna, lo acomoda, y me cuenta que ella le hizo las sábanas con tela de tuto de algodón, como es más calentito. Que digo que están muy lindas, y le pregunto si le gusta hacer esas cosas. Me dice que le encanta coser, le hizo tutos y a Isabella le está haciendo pijamas.

Carolina me comenta, "yo te he hablado todo el rato, a lo mejor te interrumpo, es que yo soy muy buena para hablar". Pienso en que es verdad, pero le digo que si yo no estuviera probablemente igual conversaría con quien este. Se ríe, y me dice que sí; que ella cree que por eso la niña es tan parlanchina, porque le habla todo el rato. Me dice que se ha dado cuenta que Isabella responde igual que ella. Cuando le preguntan cómo está, la niña responde "súper bien", y eso es algo que Carolina habitualmente dice. O cuando alguien le pide algo, ella dice "sí". Juan Carlos también opina que habla igual que Carolina.

En ese momento viene el papá de Carolina a la pieza, y ella le comenta que la mamá fue a Falabella, que no lo quiso despertar. Él se acerca a la cuna y saluda a Ariel, y el bebé lo mira. Comentan que Isabella siempre lo despierta, cuando se queda dormido va, lo toca y le dice "guatón"....que es como Carolina le dice a su papá. El papá de Carolina se despide ya que se va a su casa.

Observo a Ariel y me parece que está muy tranquilo mirando hacia la ventana, me da la sensación que le llama la atención la luz, ya que es un día soleado, y se ilumina mucho. A ratos se mueve, me da la sensación como que estuviera molesto, como si tuviera un gas, pero luego se tranquiliza. Carolina se había parado a buscar algo que necesitaba en el baño que está en la misma pieza. En ese momento Ariel se pone inquieto y llora. Carolina se acerca, y le pone el chupete, con lo que Ariel se queda tranquilo. A mí me parece tan grande el chupete en su carita pequeña. Le comento que chupa chupete, ya que recuerdo que me había comentado que a Isabella no le puso chupete por el tema de los dientes, sin embargo, ahora se chupa mucho el dedo y no hay como quitarle el hábito. Así que optó por el chupete. Yo le comento que los chupetes ayudan a los niños para mejorar la succión, y que además previene la muerte súbita. Después pienso en que quizás no debiera haber dado tanta información. Ella me dice que no sabía, y pone cara de sorpresa e interés. Me cuenta que igual tienen la manta que les avisa cuando el bebé deja de respirar, que les prestaron uno con Isabella, pero que se dieron cuenta que estaba malo, así que compraron uno. Me cuenta que unos primos de Juan Carlos tienen 2 hijos que se murieron de muerte súbita a los 3 y 4 meses. Y que por su lado, también se murió un bebé de una prima como en segundo grado. Entonces como tiene algo de hereditario, prefirieron no arriesgarse y compraron la manta.

Ariel se pone inquieto nuevamente, se le cayó el chupete y me da la sensación que quisiera agarrarlo, ya que mueve mucho sus bracitos. Carolina se para y le pone el chupete, con lo que el bebé se queda más tranquilo.

Luego de un rato llega la mamá de Carolina, y le comenta que le fue bien en sus trámites. Carolina le comenta que el papá se fue, y que preguntó por ella. La mamá de Carolina le comenta de distintos tipos de estufas eléctricas que vio, a lo que ella le dice



que cambiará entonces la que compró por una de esas. Ariel nuevamente esta inquieto y llorando, la abuela se acerca le habla y le pone el chupete, con lo que se queda tranquilo. Carolina busca la boleta de su compra, comentando con su mamá cómo puede realizar el cambio. Y me comenta que compró una ayer, pero la quisieron cambiar ya que se dieron cuenta que no es lo que necesitan. Encuentra la boleta.

Yo miro otra vez a Ariel y me doy cuenta que se ha quedado dormido, y se ve tranquilo. Miro la hora y les digo que ya me voy. Me despido de la abuela, y Carolina me acompaña a la puerta. Me dice que nos vemos la próxima semana, yo le digo sí. Nos reímos, y yo le digo que si tiene cualquier problema vemos algún cambio, pero la idea es que sea a la misma hora. Me despido y me voy. Me quedo con una sensación extraña, se me pasó muy rápida la hora, me encantó poder observar esos momentos tan íntimos como es la lactancia, pero así mismo, siento que distintos son los estilos entre una mamá y otra, a propósito del poco contacto en la lactancia, y lo calma de Carolina cuando Ariel lloraba, y que a mi me parecía que no lo calmaba. Trato de no hacer juicios, porque siento que es como traicionar esa confianza, pero se me hace difícil.

## **7. Observación Nº 2**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 2

Edad del bebé al momento de la Observación: 23 días

En esta oportunidad Carolina me pidió cambiar el día, ya que tenía una capacitación el día miércoles, sin embargo, mantenemos el horario. A llegar al departamento me abre la puerta la nana, y me hace pasar; sale a mi encuentro Isabella y me saluda muy afectuosamente. Yo espero en el living, mientras la nana le avisa a Carolina. Escucho que le dice que pase no más, están en la pieza principal. Voy hacia la pieza y me fijo en la pieza de Isabella que está junto a la principal, y veo que está su cama deshecha (su cama es un colchón que está en el suelo, con un plumón rosado).

Al entrar a la pieza veo a Carolina que está recogiendo una sillita de colores que estaba en el suelo, Isabella se me había adelantado y al parecer la había volteado. Me llama la atención que hay una mesa de colores pequeña de niños, con dos sillitas, la semana pasada no estaban. Me saluda y veo que Ariel está durmiendo en su cuna. Se ve tranquilo, y está volteado hacia la pared.

Carolina me dice que me siente no más, indicando su cama. Me saco la chaqueta y dejo mi bolso en un lado. Me pregunta si quiero que lo de vuelta para que lo pueda ver, le digo que no se preocupe que le deje así. Me cuenta que Ariel está con una irritación en la carita, que la tiene muy rojita con granitos. El pediatra le indicó que lo acostara siempre para el lado derecho, ya que como tiene reflujo al parecer esa posición le hace bien. Sin embargo, como le salió este sarpullido lo dio vuelta no más. Me comenta que le da la impresión que puede ser el calor y la transpiración la que le provoca los granitos. Mientras me comenta esto Isabella me comienza a bajar el cierre de mis botas, y quiere jugar conmigo, se sube a mis piernas como para hacer caballito. Yo le digo que no me baje el cierre por que sino se me salen mis botas, insiste, y trato de distraer su atención. Carolina le dice "Isabella..." como diciéndole que no me moleste, sin embargo, Isabella parece decidida a jugar conmigo.

En algún momento me veo dividida en tres, tratando de observar a Ariel, quien duerme tranquilo, responder a Carolina y a Isabella que quiere jugar. Carolina me comenta que Ariel está tomando sólo relleno, que ya no le está dando leche materna. Se dio cuenta que se demoraba mucho en tomar leche de su pecho, y que se cansaba porque no le salía tanto, por lo que después no tomaba el relleno y quedaba con hambre. Como Ariel no ha subido de peso, y el objetivo es que suba, decidió darle sólo relleno.

Ariel se pone algo inquieto y comienza a llorar. Carolina se para a mirarlo, y lo toma en brazos para ver que tiene. Algo le dice despacio que no alcanzo a escuchar, y lo vuelve a poner en la cuna. Ariel se queda tranquilo.

Carolina llama a Isabella y le dice te peino?, Isabella dice que sí, con lo Carolina va a buscar un cepillo para peinarla. Ariel se pone inquieto y se pone a llorar. Carolina regresa y le comienza a cepillar el pelo, y le hace un moño. Mientras peina a Isabella, Ariel está

llorando. Eso me empieza a inquietar, ya que deseo que termine luego el moño para que vea a Ariel. Carolina parece muy tranquila, y no inquietarse con el llanto de Ariel.

Una vez que termina de peinar a Isabella, se para y va a ver que le pasa a Ariel. Le pregunta que le pasa, que no le toca lactancia, y le pone el dedo en la boca, a lo que Ariel responde chupando con mucha intensidad. Carolina le dice “parece que sí tienes hambre”, y me comenta que le tocaba como en una hora y media más. Lo vuelve a dejar en la cuna, y se va a preparar la mamadera. Ariel sigue llorando con mucha intensidad, está muy rojo y se estira por completo, su cuerpo está rígido. Al lado de la cuna está Isabella que aun no renuncia a jugar conmigo. Me angustia todo el rato que está llorando Ariel, y recuerdo la observación de la semana pasada que también hubo momentos en que lloró con mucha intensidad y Carolina no respondía. Nuevamente me dan ganas de tomarlo, o hablarle para que se tranquilice, sin embargo, no lo hago. Carolina vuelve de la cocina, y va al baño, me da la sensación que a enfriar la leche. Al pasar hace algún comentario por los llantos, y dice “ya va la papa” refiriéndose al biberón. Isabella repite, “ya viene la papa”, a mi me parece que eso puede tranquilizar a Ariel, sin embargo, sigue llorando mucho. Se me hace una eternidad. En ese momento vuelve Carolina con el biberón. Acomoda la cama, toma la almohada, le pone el tuto encima, deja algunas cosas de lado.

Ariel comienza a dejar de llorar, y en ese momento Carolina va hacia la cuna a tomarlo en brazos. Le da un beso y lo deja sobre la almohada. Ella se acomoda sentada en posición de indio, con la almohada y Ariel sobre sus piernas. Le pone el biberón en la boca y él comienza a succionar con muchas ganas. Pienso en que la semana pasada no recuerdo haber escuchado el ruido de su chupeteo. Carolina le sostiene el biberón, y me muestra lo rojita que tiene la carita. Efectivamente se ven unas manchitas muy rosadas, con algunos granitos en la mejilla derecha y en la frente. Le toca el pelo, y anota con su otra mano en su libreta el tiempo.

Isabella insiste en bajarme el cierre de mi bota, yo le digo que no, ella dice “sí”. Me da risa y veo que está jugando. Carolina le dice que vaya a buscar un libro para mostrarme, y la niña sale de la pieza a buscarlo. Carolina me comenta que por suerte Isabella es muy cuidadosa con Ariel, sólo lo mira. Isabella vuelve y trae un libro de

animales, con stickers, y me muestra los animales, comienza a ojear el libro y a repetir palabras, y a tratar de sacar los stickers.

Yo miro a Ariel que sigue tomando su leche, veo que mira hacia Carolina, pero ella está corrigiendo algo que Isabella estaba haciendo. Se estaba subiendo arriba de algo, y Carolina le dice que se baje. Vuelvo a mirar a Ariel, y me da la sensación que me está mirando, yo lo miro, pero no le digo nada para no interrumpirlo. Se ve con sus ojitos grandes, muy tranquilo, chupando con mucha intensidad. Alrededor de la boca tiene un poquito de leche.

Isabella me toma el pelo, y comienza a indicarme que le muestre mi anillo. Le digo que le va a quedar grande, y se lo pongo. Ella lo mira, y le digo “viste te queda muy grande....” Ella ahora quiere mi reloj...Carolina le vuelve a decir “Isabella.... muéstrale a la Claudia tu collar y tu pulsera de colores que te regalo la tía”. Isabella las busca en un bolsito rosado que estaba sobre la mesita, y me los muestra. Ella trata de ponerse el collar, sin embargo, no puede ya que choca con su moño. Le ayudo a ponérselo.

Vuelvo a observar a Ariel, y me doy cuenta que se le comienzan a cerrar los ojitos, los abre y los entrecierra, como quedándose dormido, y la forma que succiona en muy leve. Me da la sensación que está muy placido.

Luego de un rato llega la mamá de Carolina, quien viene a la pieza, y nos saluda. Se sienta a un lado de la cuna en una silla blanca, que está frente a la cama. Le comenta a Carolina que Isabella no durmió su siesta, a lo que Carolina le dice que dos veces la quiso acostar pero no hubo caso. A la abuela le llama la atención que Isabella está sin calcetines, y anda con unas sandalias. Le dice a Isabella que se ponga calcetines. La niña no quiere, Carolina al parecer ya le había pedido que se los colocara. Ariel ya ha terminado su biberón. La mamá de Carolina le da un dulce a Isabella, quien se queda feliz tratando de sacarle el papel. Carolina le dice “te lo pelo”, refiriéndose al envoltorio del papel, y ella le dice "no, solita"

Carolina le seca la boquita a Ariel con un tuto, y su mamá se ofrece para sacarle los gases, de esa forma Carolina podía colocarle los calcetines a Isabella.

La abuela se pone el tuto en el hombro, y toma a Ariel con mucho cuidado y se lo pone sobre el tuto. Él está con la espalda curva, apoyado sobre la mamá de Carolina, me parece un rollito. La abuela comienza a pasearse por la habitación, y a sobarle la espaldita de una forma muy suave. Comentan con Carolina lo rojita de la cara, y que de igual forma se apoya para el mismo lado.

Carolina mientras tanto le puso los calcetines a Isabella, y luego comenzó a sacar algunas cuentas y anotar en un cuaderno algunas cosas. Me da la sensación que son cuentas de sus ventas, ya que el cuaderno está junto a los folletos. Isabella juega alrededor, y va y viene desde afuera.

Ariel hace unos pequeños ruidos, como quejidos; pero a ratos parece dormido. La abuela lo pasea y sigue sobándole la espalda. De repente se tira un gas muy grande, lo que comentan la abuela diciendo "ahí salió uno, con ese ya está listo". Carolina dice "sí, se sintió! ".

Al rato la abuela le dice que lo va a dejar en la cuna porque se está durmiendo, Carolina le dice que lo quiere mudar primero, que ya está terminando, pero que si quiere lo deje en la cuna no más mientras termina. La abuela le dice que no, y lo sigue cargando.

Al terminar Carolina, despeja la cama, y trae el bolsito con algodones, agua y vaselina. Yo me corro para que tenga más espacio. Lo pone en la cama, y le comienza a sacar la ropita. Está con una jardinera celeste, y con un body abajo. Le saca las pantis de algodón, y me vuelve a impresionar lo flaquita de sus piernas, y lo largo de los pies. Ariel se mueve, pero no parece incomodo. Carolina lo limpia con los algodones con agua y vaselina, y le pone un nuevo pañal. Lo viste nuevamente, y al terminar lo carga y lo pone en la cuna. La mamá le ayuda a cambiar el lado de los cojines, y lo dejan mirando hacia la pared.

Yo aprovecho para decirle a Carolina que ya es la hora, y que voy a aprovechar para irme. Me despido de la mamá de Carolina, me acerco a la cuna para decirle chao a Ariel, y me percató que aún está despierto, que está con los ojos abiertos, pero muy tranquilo. Isabella y Carolina me acompañan a la puerta, y quedamos para el próximo miércoles como era habitual.

## **8. Observación N°9**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

N° de Observación: 9

Edad del bebé al momento de la Observación: 3 meses y 7 días

Hace tres semanas que no he podido ir observar a Ariel, han estado enfermos los dos niños. Ariel estuvo con virus sincicial, y luego tuvo bronquitis. En dos oportunidades lo llevaron a la clínica porque estaba muy obstruido, y con lo que le dieron apoyo kinesiológico por la obstrucción. Isabella también estuvo enferma, y ahora Juan Carlos está con neumonitis, está con licencia; sin embargo, Carolina me dijo que podía ir, ya que ya no está en etapa de contagio.

Durante estas semanas que no he podido ir, Carolina me ha estado contando como está el bebé, me comentó a través de mensajes que está más grande, sonríe cuando le hablan, se mueve mucho. Un evento que la angustió mucho la semana pasada fue cuando llevaba a Ariel al kinesiólogo. Me relata que mientras iban en el auto, se asustó mucho porque al mirarlo por el espejo retrovisor, Ariel no se movía, le tocó la carita y no se movía. Así que paró el auto para ver que le pasaba, se bajó del auto y fue hacía donde estaba sentado Ariel para moverlo; sin embargo, Ariel no reaccionaba hasta que lo tomó en brazos. Al parecer estaba durmiendo, pero ella se asustó mucho.

Al llegar me abre la puerta Sandra, la nana, y paso hacia el living-comedor que es donde veo que esta Carolina. Ella estaba en el comedor al parecer haciendo algunas costuras, me acerco a saludarla y me saluda muy amorosa, preguntándome como me he sentido a partir del embarazo. Le digo que no muy bien, pero ya pasará. Esta la abuela materna de Ariel sentada en un sillón del living junto al coche donde esta Ariel. Muy amorosa también me saluda y me felicita. Yo saludo al bebé y lo encuentro más gordito, con el pelo más largo que incluso tiene crespos, lo cual comento. Carolina me dice que sí, que ya lo tiene más largo. Ariel está muy despierto al saludarlo me mira, con sus ojos muy

abiertos, y le digo que hace muchos días que no nos vemos. Cuando estoy saludándolo llega Isabella que venía de las piezas. También la saludo y le pregunto cómo está, que supe que había estado enfermita, y me dice que sí, pero ya no está enfermita. Me da la sensación que estaba lista para su siesta, ya que andaba con pantis y camiseta nada más. Se sienta junto a mi, y quiere jugar con mi pulsera. Al rato se va hacia las piezas.

Me siento en el sillón del lado y quedo de perfil a Ariel. Carolina y su mamá me preguntan algo más de como me he sentido, y recuerdan como han sido los embarazos de Carolina. Recuerda que con Ariel se sentía todos los días mal, pero porque algo le dolía, no recuerda haber tenido vómitos. Con Isabella fue distinto, se sintió súper bien. Sacan conclusiones a partir de los malestares, con respecto a si será hombre o mujer mi bebé. Carolina recuerda el caso de una amiga que tiene 4 niñas, y en el último embarazo pensaron que sería hombre porque se sentía mal, sin embargo, también fue mujer.

Ariel mientras conversábamos estaba quedándose dormido, a ratos se le iban cerrando sus ojitos, y parecía quedarse dormido, sin embargo, me da la sensación que por la conversación se despertaba.

Carolina mientras estaba en el comedor terminando algunas costuras me comenta que le había hecho unos cojines a sus papás que necesitaban para la casa de la playa, y como se van mañana estaba terminándolos. La mamá de Carolina me comenta que van esta semana para aprovechar los días lindos, ya que no van desde Febrero. Se hacen algunas bromas y ríen sobre estos clientes que son muy insistentes, a propósito que Carolina les confeccionó los cojines de un día para otro.

Le comento que encuentro que está más gordito Ariel, ya que está muy cachetón. Ambas me dicen que sí, y Carolina me dice que es pura cara, porque de cuerpo no está tan gordo. Me cuentan que le cambiaron la leche, ya que se le paso el reflujo. Luego que se enfermó de virus sincicial, los síntomas de reflujo bajaron, así que le cambiaron a leche Naan. Ella pensaba que a lo mejor le iban poder cambiar a leche purita como a Isabella, pero el doctor prefirió seguir con una distinta.

Llega el abuelo materno de Ariel que andaba comprando algo, me saluda muy amoroso como de costumbre y también me felicita por mi embarazo. Al parecer esta

haciendo algunos arreglos con unos cables que se habían soltado, y andaba comprando algún material. Se va hacia el pasillo a reparar lo que estaba haciendo, y le pregunta a Carolina por alguno tipo de material. Su esposa le dice que ellos tienen en casa eso, que no es necesario que compre. Se ríen entre ellos y se molestan por que el "maestro" no le quiere pasar el material.

Me resulta algo muy colaborador y simpático, a la vez que me pregunto donde queda Juan Carlos en los arreglos que hace su suegro. Pensando en el rol más tradicional que los hombres hacen los arreglos de la casa, sin embargo, acá es el papá de Carolina quien hace eso. Recuerdo que Juan Carlos está enfermo, y pienso que puede ser por eso, pero me queda la duda.

A propósito de eso le comento a Carolina que le tocó intenso las últimas semanas con todos enfermos en casa y que bueno que ella no se enfermó con tanto virus dando vuelta. Me dice que sí, que fue agotador, y además estaba asustada con Ariel porque cuando se obstruía se ponía morado, por eso lo llevaron dos veces de urgencia a la Clínica. En esas veces le ponían oxígeno, y lo aspiraban por la nariz y la boca. Le digo que me imagino lo incómodo que esto tiene que haber sido para él, y me dice que sí. Me describe que le daban un poco de arcadas por lo que le ponían en la boca. Pienso en lo invasivo y las consecuencias para Ariel de esta experiencia.

Ariel se quedó dormido, esta vez muy tranquilo, parece reposar; sin embargo, hay momentos en los que pega unos saltitos y se despierta, y en seguida se acomoda para volver a cerrar sus ojitos lentamente. Esto se repite un par de veces. Me da la sensación de que es como cuando uno se duerme y tiene sensación de tropezar o caer, y se despierta. La segunda vez fue un salto más fuerte. En los que incluso abrió los ojos por más tiempo. Luego de a poco los fue cerrando y quedándose dormido.

Carolina comenta que Juan Carlos sigue con licencia, pero ya se puede levantar. Ahora estaba acostado en la pieza, ya que le pidió que se quedara en la pieza porque venía yo; pero que ya está mejor.

Carolina busca unas telas que al parecer está haciendo una piécera para Isabella. Me comenta que quiere hacer una PYME (Pequeña empresa). Quiere confeccionar varias



cosas de telas y adornos para vender en Facebook. Me comenta que compra telas y cosas en EEUU, porque hay una tienda de telas lindas de algodón, y materiales para adornos que son baratos. Me muestra una cuelga que hizo muy linda y las telas con las que está haciendo la piecera. Me parece muy hacendosa, en el sentido que le gusta hacer cosas a los niños y lo quiere juntar con la posibilidad de un negocio. Muy emprendedora.

Ariel ya se ha quedado dormido, está tranquilo esta vez, de repente hace algún gesto con su carita, pero muy a lo lejos. Me da la sensación que los ruidos están incorporados en su sueño, aunque hay momentos que lo interfirieron para llegar a esa calma y sueño mas profundo.

La madre me ofrece algo para tomar, pero le digo que no, ya que prefiero seguir estable en cuanto a que ando con muchas nauseas. Se ríen con su mamá, y me dice que no importa si me siento mal que vaya al baño con confianza no más.

Este día hacia mucho calor y Carolina me relata que Ariel es muy bueno para transpirar, al igual que Isabella. Siempre baña a la niña en la noche, pero hoy despertó muy transpirada, así que la bañó en la mañana. Justo en ese momento vino Isabella de las piezas y efectivamente venía muy acalorada. En ese momento Ariel se despierta, y le digo mira despertó tu guagua. Ella se acerca a mirarlo.

Ariel estaba despierto con los ojos muy abiertos, parecía que ya estaba más activo, miraba a su alrededor, de hecho lo saludo y me mira muy despierto. Noto sus ojos más grandes.

Ya estamos es hora, le cuento a Carolina que ya me voy. Me despido de la mamá de Carolina quien me desea que siga bien, y de Ariel. Carolina e Isabella me acompañan hasta el ascensor. Nos despedimos hasta la próxima semana.

## **9. Observación Nº 12**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 12

Edad del bebé al momento de la Observación: 4 meses y 11 días

Esta semana el domingo fue mi cumpleaños, y Carolina me mando un mensaje para saludarme; también el día lunes me mando un mensaje que necesitaba que la orientara con Isabella, en el sentido que estaba con muchas pataletas y no sabía que hacer. Ese mensaje me sonó a un SOS, en cuanto a que estaba muy sobrepasada, lo que me preocupó, pero por otro lado, me parecía tan genuino en la posibilidad de conectarse con lo que estaba sintiendo y pedir apoyo. Yo le conteste el mensaje tratando de empatizar con lo difícil que es el manejo de las pataletas en cuanto nos da mucho trabajo emocional también a las madres; así que traté de transmitirle eso y dejar la puerta abierta a que lo comentáramos en mi próxima observación.

A mi llegada iba con estos temas en mi cabeza, pensando en lo que me esperaba hoy. Al llegar, me abre la puerta Sandra (la nana), quien me hace pasar. Carolina está en el comedor terminando de almorzar junto a sus papás. Los saludo tratando de no interrumpirlos. Ariel está en su silla coche junto a Carolina. Lo saludo y me sonríe muy coquetón, me encanta su sonrisa. Está vestido con un enterito verde con líneas de otros colores, le digo que está muy lindo, y me vuelve a sonreír, a lo que yo comento que está muy coqueto, y todos se ríen.

Paso al living a dejar mis cosas, y me siento en el sofá, y quedo en una posición que me permite ver de lado a Ariel. Él está muy despierto, se mueve y conversa, estira sus manitos. Me preguntan como estoy, les comento que bien. La mamá de Carolina como es habitual me pregunta por mi hijo, y les cuento que está bien, pero que hoy había vomitado en el jardín, pero seguramente se había mareado en el auto, por que andaba muy activo, no parecía enfermo.

Carolina me comenta que Isabella ha dormido bien las últimas dos noches, que la llevó a una Dra. que también hace Flores de Bach, y que le dejó unas gotitas para la noche y con esas a dormido súper bien. Me pregunto ahora ¿qué habrá pasado con las otras pastillas que le había recetado el pediatra? Le comento que bueno, y ella me dice, que sí, pero justo ha estado despertando Ariel, así que igual no ha podido dormir mucho.

La mamá de Carolina se para de la mesa y se sienta en el sofá del lado, y toma el coche de Ariel que estaba inquieto y lo comienza a mecer para que Carolina termine de comer. A propósito que Isabella se está pasando a la cama de ellos, y despierta en las noches, la mamá de Carolina comenta que Carolina cuando era chica siempre se pasaba a la cama de ellos en las noches, distinto Rocío (hermana de Carolina), ya que de chica dormía solita y era muy independiente. El papá de Carolina agrega algo en relación a las pataletas, refiriendo que Carolina era buena para las pataletas en la calle, o cuando iban a comprar cosas ella siempre quería que le compraran algo. Carolina se ríe, y comentamos "lo que se hereda no se hurta", aludiendo a que los niños tienen algo de nosotros...me da la sensación que los papás de Carolina se ponen nostálgicos, y comienzan a recordar distintas cosas de cuando la madre de Ariel era chica. Mencionan que ella tomó biberón hasta grande, a lo que no pude no sentirme identificada, y les confesé que yo también. Con Carolina nos reímos a modo de complicidad. Terminan de almorzar y Carolina va hacia las piezas.

Ariel sigue despierto, mira hacia afuera, me da la sensación que le atrae la luminosidad de la ventana, está con sus manitas abiertas, y estiradas, las mueve mucho. A ratos se pasa a llevar el babero y lo toma y se lo lleva a la boca, como por accidente. Aunque me parece que su objetivo es más bien chuparse los dedos. Luego de un rato, ya es sólo el dedo el que se chupa. Le comento a la mamá de Carolina, y ella me dice que sí, que se chupa el dedo igual que Isabella, que el chupete ya no lo toma tanto, parece que prefiere el dedo. Esta muy conversador, mientras se mueve y estira sus manos, hace distintos sonidos.

Carolina regresa del sector de las piezas, y me dice que me va a dar mi abrazo de cumpleaños, junto con un regalo. Los abuelos de Ariel también me saludan con un abrazo muy cariñoso. Les agradezco por su regalo y lo cariñosos.

Carolina se sienta junto a mi en el sofá, y toma el coche de Ariel para moverlo, ya que está un poco inquieto. Ariel está entre que se ríe y se queja. Al parecer tiene sueño. Cuando se queja con su risa-llanto estira sus bracitos y abre las manos, me da la sensación

que pidiera salir de la silla, es como cuando los niños piden upa. Carolina le habla, y lo comienza a mecer en su silla, que parece es la forma en como se duerme.

Me dice que se acordó de mi, porque invitó a su suegra a almorzar el domingo y no vino, a lo que yo comente "otra vez!", después pensé en lo efusivo de mi comentario, pero me sorprendía que luego del desaire de la suegra de la semana pasada Carolina otra vez hiciera lo mismo, y pensé en lo que ella me había comentado, que siempre insistía y se le olvidaban las cosas entonces encontraba que era muy tonta, porque una y otra vez le pasaba lo mismo con las personas. Ella se corrige, y me dice que pensó que no me había contado, que había sido sólo una vez. Después se acuerda lo que sí quería contarme, y era que la hermana menor de Juan Carlos, le había pedido que le cuidará a su hija de 6 años el sábado en la noche. A Carolina le dio lata, y le dijo que le complicaba porque tenían visitas a comer ese día. Más allá de la petición, le sorprendía que le hiciera esa petición a ella y no a su hermana, que debiera ser su primera opción. Me comenta como en esta familia son muy despreocupados entre ellos, se hablan poco, y ella siente que Juan Carlos no cuenta mucho con su familia. Me dice que son tan distintos a como es su familia, que ella siempre siente que se apoyan y ayudan ante todo, en cambio en la familia de Juan Carlos no se ve eso. Por ejemplo me dice, el sábado se enfermó la hija de la hermana de Juan Carlos, y la llevaron a la clínica, no estaba bien. Sin embargo, su abuela se había ido a una celebración que tenía y dejó sola a su cuñada. Siente que eso jamás lo haría una mamá preocupada. Así también entre los hermanos no se ayudan mucho, me cuenta que ahora que Juan Carlos andaba medio "bajoneado", ella le había pedido a una de las hermanas, que es con la que más se lleva, que lo llamara, pero le había respondido "yaaaaa, y?" Lo que Carolina interpreto como sin preocupación y cómo para qué. Le comento a Carolina que pareciera que efectivamente la familia de Juan Carlos es muy distinta a la suya. Me afirma que sí, que Juan Carlos no cuenta mucho con ellos. Además, a propósito que anda "bajoneado", me dice que Juan Carlos tiene antecedentes familiares de depresión y que quizás él debería tomar constantemente algo para el estado de ánimo, pero a él no le gusta. Siente que lo puede manejar de otra forma. En cambio, me dice, "yo se que lo mío es un desajuste químico de mi cerebro, que no hay nada que podría hacer distinto". En

este sentido, Carolina siente que no tiene un conflicto o algo que deba arreglar o por lo que podría ir al psicólogo.

Ariel mientras su madre me hablaba, ella lo mecía, y él comenzó a cerrar sus ojitos, a ratos los volvía abrir por algún ruido, pero de a poco se fue quedando dormido. Se nota durmiendo muy tranquilo, a ratos mueve las manos y estira sus dedos.

Luego de un rato Carolina me comenta que fue a control con su neuróloga, ya que no se ha sentido bien, ya que se ha sentido como antes cuando le venían los ataques de epilepsia, y tenía miedo que le fuera a dar uno. Además este fin de semana, le dio un fuerte dolor de cabeza que no se le pasaba con nada, así que fue a la clínica. Le hicieron varios exámenes, incluso un escáner con el cual se asustó, ya que el doctor le dijo que le iban a hacer contraste porque querían descartar algo que podía ser complicado, y podían tener que llegar a operarla. Me dice que cuando el doctor dijo esto, Juan Carlos se asustó, así que ella dijo una broma para que se relajara. Pensé en su angustia, y que parece que ella siempre tiende a evitar hablar de lo que puede ser conflictivo o doloroso, y desvía la atención. Yo le dije que me imagino el susto que ambos debieron tener. Después me dice que finalmente no fue nada, pero que ahí se decidió a ir a su neuróloga. La Dra. le dijo que efectivamente, producto de lo poco que está durmiendo, podría darle un ataque de epilepsia, así que le dejó unas pastillas inductoras del sueño. Me dice que no se las ha tomado, ya que Juan Carlos también está con pastillas para dormir, entonces no pueden estar los dos en la misma. Quizás el fin de semana, van a turnarse con Juan Carlos, para que ella se tome la pastilla y ver que tanto efecto tiene.

No me contengo y le digo que tiene que cuidarse, y quizás aprovechar las siestas para dormir un poco más. Me angustió que estuviera llegando al límite, y comenzara nuevamente con sus crisis epilépticas. Me dijo que lo había pensado, ya que a esa hora estaban sus papás y la nana por lo que podría descansar más tranquila. Me comenta que ella nunca ha sido buena para dormir, que lo más que dormía eran 6 horas, pero que ahora está durmiendo 4; ya que se queda viendo tele hasta que termina la señal del canal 13, y ha estado despertando con los niños como a las 4 de la mañana.

Recuerda que cuando le venían los ataques, ella sentía que venían y a veces se alcanzaba a sentar o preparar, pero otras no. Me dice que una vez le pasó a la vuelta del departamento de los papás, y cuando despertó no sabía donde estaba. Después de las crisis le costaba mucho orientarse nuevamente, no reconocía los lugares. Por suerte, siempre le había tocado que la gente había sido muy buena y la ayudaban. Esa vez llamaron a su papá y él la fue a buscar.

Me doy cuenta que ya es la hora, así que le digo que se tiene que cuidar y ver la forma de dormir un poco más, y comento que ya me tengo que ir. Me acompaña a la puerta, y le vuelvo agradecer su regalo. Quedamos hasta la próxima semana.

Luego de esta observación me quedé con la sensación de fragilidad en Carolina, pero a la vez con el desgaste que implica estar siempre al cuidado de otros sin el autocuidado de ella, en lo que podría interpretarse como “muy disponible hacia los otros”, pero con altos costos para ella. Asimismo, se me hace coherente en esta familia el siempre estar presente y dispuesta a ayudar al otro, como un mandato de lealtad familiar, como algo que los define, siempre dispuestos a dar una mano.

## **10. Observación Nº 13**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 13

Edad del bebé al momento de la Observación: 4 meses 18 días

Al llegar a casa de Carolina me abre su mamá, muy amorosa me pregunta como hemos estado, aludiendo a mi embarazo. Le digo que mejor y me hace pasar. En el comedor está el papá de Carolina, me doy cuenta que ya han terminado de almorzar hace un rato, estaban tomando té. Lo saludo, y él muy amoroso como de costumbre me da un abrazo y saluda a mi guata, aludiendo al bebé. Ariel está en una esquina del living en su silla coche, me acerco y lo saludo. Esta vez no está sonriente, está más serio. Me mira

detenidamente, cada vez tiene más cara de hombrecito. Está muy baboso, pienso que debe ser que le están saliendo los dientes, pero al parecer aún no sale ninguno. Le comento lo serio que está, y por más que trato que me regale una sonrisa, nada pasa.

Me dirijo al sillón a dejar mis cosas, mientras el papá de Carolina me cuenta que Ariel había estado durmiendo y quizás por eso está más serio. Durmió solo 20 minutos, lo que no es habitual, me comenta. Pienso en que quizás está como Carolina durmiendo poco.

La abuela de Ariel que había ido hacia las piezas, aparece y comenta que Isabella no quiere dormir porque me escuchó llegar y quiere venir. Enseguida aparece Isabella, yo la saludo y ella me da un saludo muy amorosa. Se detiene en mi pulsera, que al parecer le gusta. Comento que siempre le gustan mis pulseras, y anillos, que seguro va a ser una chica de accesorios cuando sea grande.

En ese momento entra a la habitación Carolina, que me da la sensación también quería descansar un rato, trata de convencer a Isabella que vayan a dormir pero ella está muy entusiasmada en jugar conmigo. Me da cierto sentimiento de culpa, ya que me siento alterando el sistema habitual, junto que sé que Carolina necesita descansar. Trato de convencer a Isabella para que vaya a dormir con Carolina pero no me resulta. Isabella trae unos libros y se pone a jugar con ellos y a mostrármelos.

Ariel está inquieto, reclama en su silla, estira sus brazos, como con la sensación que lo saquen. En algún momento, es como si nadie lo escuchara, y se demoran en ver que pasa. Carolina se para y me alivia pensar que lo va a mecer, sin embargo, se paró para mostrar algo. De pasada se da cuenta que está reclamando y se acerca a preguntarle que le pasa. Lo saca de la silla con lo que Ariel se queda tranquilo, los brazos le gustan. Ella le soba la espalda y comenta con su mamá si se habrá hecho caca. Carolina le pide que le tome el olor, pero la mamá dice que tiene tan mal olfato, yo lo huelo y le digo que yo ando con los olores muy sensibles, a propósito del embarazo. Le digo que sólo le encuentro olor a crema. Carolina se queda con Ariel en brazos y se sienta en el sofá, lo sienta delante de ella mirando hacia mí. Él está muy despierto, observa todo y babea mucho. Mueve mucho

más sus brazos que antes, y trata de agarrar las cosas. Se toma su babero que se lleva a la boca.

El abuelo materno de Ariel se va a su casa y se despide de todas. Se pone de acuerdo con su señora por una instalación que les van a ir hacer al departamento, y se va.

Carolina me pregunta si me contó que fue a su neuróloga, y le digo que sí, aprovecho de preguntarle si pudo tomar sus pastillas, me comenta que sí, pero que tuvo una reacción alérgica así que terminó otra vez en la clínica, con lo que le suspendieron todos los medicamentos, y ahora está con Ravotril. A parecer tuvo una interacción entre lo que la doctora le había dejado con el medicamento de la epilepsia, así que ahora anda muy somnolienta con el Ravotril. Me comenta que ha podido dormir, pero anda como cansada.

Logramos convencer a Isabella que vaya a dormir con la mamá. Carolina deja a Ariel en su silla coche, que reclama porque no se quería quedar ahí, y se va con Isabella a las piezas. Yo le ofrezco mover el coche para que se quede tranquilo, que es lo habitual que he visto hacen con él. Me da las gracias y me dice que bueno.

Yo me paro y me pongo a mecer el coche, le pongo el tete y le hago un sonido para que agarre el chupeteo, sin embargo, lo chupa un poco y luego lo bota, comienza a reclamar otra vez. Aparece su abuela que estaba en la cocina arreglando las cosas del almuerzo. Hoy no había venido la nana, ya que al parecer estaba enferma.

Carolina le había dejado puesto un móvil con sonido que tienen en el coche Ariel, y se le había acabado la música, yo se lo pongo otra vez para ver si con eso se tranquiliza. Sin embargo, no tanto, me doy cuenta que le gusta tomarme la mano, como si me la quisiera chupar también. Se agarra fuerte, y me mueve la mano. Yo le afirmo el chupete para ver si logra mantenerlo, ya que cuando chupetea se queda tranquilo. A ratos lo suelta y se busca el dedo, con lo que también logra calmarse, pero no quedarse dormido. Estuvimos así unos 20 minutos oscilando entre la calma de chupeteo, y el intentar agarrar mi mano, y el sonido del móvil, sin embargo, seguía reclamando. La abuela había vuelto de la cocina, y se sentó en el comedor junto a mi, me comenta algo de una situación de su casa y que iban a instalar algo para los ratones.



Después del rato, me dice que va a sacar a Ariel del coche, aludiendo a que eso no es lo habitual. Y yo me alivio, ya que hace rato que yo lo hubiera sacado. Me da la sensación que a él le gusta estar en contacto, y que en el coche se aburre. Pienso si no estará con calor. Su abuela lo toma en brazos y él se queda tranquilo, lo siento mirándome. Ella se pregunta si no será que ya tiene hambre, y comienza a calcular. A parecer ya han pasado tres horas, me dice que nunca llega a las cuatro horas, siempre reclama como a las tres horas y media. Me dice que le va a avisar a Carolina, ya que ella no sabe preparar esta leche. Yo pienso en lo poco que alcanzó a descansar.

La abuela materna de Ariel va hacia las piezas y le comenta a Carolina que el bebé tiene hambre, con lo que Carolina se levanta y viene hacia el living. Aparece con cara de sueño, y verifica que efectivamente Ariel pueda tener hambre. Va hacia la cocina a preparar la leche mientras la abuela sigue con Ariel en brazos.

Yo les aviso que voy a irme y que ya estoy en la hora. Carolina me dice “tanto dormí?”. Le digo que no, que no se preocupe. Me despido de ambas, y de Ariel, y me voy.

## **11. Observación Nº 16**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 16

Edad del bebé al momento de la Observación: 5 meses 16 días

Al llegar a departamento de Ariel me abre la puerta la nana, la saludo y paso hacia el living. Al entrar veo a Carolina sentada en el sillón y Ariel en su silla coche. Carolina le está dando algo de comer. Me sorprende...saludo a Carolina, quien me saluda muy amorosa como de costumbre. Me acerco a Ariel y lo saludo, le comento lo grande que está. Me mira muy serio, y mira a Carolina, de vuelta me sonrío al ver que Carolina le sonrío.

Me siento junto a Carolina en el sillón, y ella da vuelta el coche para que pueda ver a Ariel comer. Le comento que ya está comiendo, un tanto sorprendida. Me dice que esta semana le comenzó a dar fruta molida. Pienso en lo rápido que pasa el tiempo, para que ya esté comiendo. Carolina me dice que el pediatra le dijo que podía empezar a darle fruta. Así que empezó el lunes pasado. Me comenta que el día de ayer le dio la fruta después de la leche, así que no comió nada, por eso ahora se la está dando antes.

Miro a Ariel y está exquisito comiendo, Carolina le acerca la cuchara y él abre su boca, se nota que le gusta. Lo saborea y a veces se le cae un poquito de comida mientras está saboreando.

Le pregunto a Carolina como ha estado Ariel del reflujo, y me dice que bien, que no ha botado más leche, así que lo atribuye al cambio de leche que es muy buena. Sin embargo, debe seguir con esa leche por un par de meses. Mientras me comenta esto, Carolina sigue dándole de comer a Ariel, él se desespera un poco cuando ella se demora entre cuchara y cuchara. A mi me da la sensación que le gusta la comida y que quiere que la madre le de más rápido. Carolina mide bien una cuchara y otra, le pone porciones pequeñas. Pienso en lo bien que está comiendo.

Me percató que es la primera vez que no están los papás de Carolina, y hay un ambiente tranquilo. Me cuenta alguna anécdota con respecto a un señor fallecido mientras sigue dándole de comer a Ariel. En algún momento se concentra más en la historia que me está relatando y eso hace que se demore en la comida, Ariel reclama y se pone a llorar. Yo me siento culpable, ya que se distrae conmigo. Carolina le dice que parece que no quiere más, y yo no me contengo, y le digo que a lo mejor quiere que le de más rápido, porque se nota que disfruta cada vez que le da. Ella acelera un poquito la forma de darle la comida y Ariel deja de reclamar. Carolina le dice “parece que la tía tenía razón...” y se ríe al darse cuenta que efectivamente le gustaba tanto el postre que no quería dejar de comer.

Al terminar su postre Ariel comienza a reclamar nuevamente, y Carolina se levanta para ir a buscar la leche. Me pasa una servilleta y me dice “te dejo a cargo mientras hago la leche”. Le digo que sí, que no se preocupe. Yo me paro y le limpio la boquita a Ariel que

tenía algo de fruta cayendo de su boca. Sin embargo, está muy molesto, y comienza a llorar mucho. Yo le muevo el coche para ver si con eso se tranquilizaba un ratito, pero no funcionó. Definitivamente estaba muy enojado. Le comencé a decir que la mamá estaba haciendo su leche y que ya venía, pero tampoco tuvo resultado, seguía llorando con mucha fuerza. Traté de buscar algo con que distraerlo, pero no había un chupete y encontré un juguete, pero no quería nada. Me hubiese gustado sacarlo de la silla, pero se que a Carolina no le gusta que lo saquen así que me quede ahí tratando de tranquilizarlo, lo que no funcionó hasta que la madre volvió.

Carolina saca a Ariel de la silla y lo toma en brazos para darle la leche. Se lo pone en los brazos, con lo que el bebé se tranquiliza. Le paso la leche que me había pasado para sostenerla mientras alzaba a Ariel del coche, ya que me había pedido que la siguiera batiendo para que no se le formaran grumos. Ella le comienza a dar la leche, y él agarra inmediatamente el biberón, tomando su leche muy concentrado. Carolina lo mira y le hace unas muecas y él la mira. A mi me sorprende lo bueno para comer, ya que se había comido todo el postre y ahora estaba tomando la leche con muchas ganas.

Me gusta ver a Carolina dándole leche, pienso en la conexión, y aunque hay momentos en los que ella me sigue conversando de algún tema, a ratos lo mira y le toca la cabeza. Ariel también hay momentos en los que agarra el biberón, y al succionar la busca con la mirada, pero a ratos también mira hacia otros lados.

Luego de un rato Ariel ya no quiere más leche, dejó un poquito, y Carolina le saca el biberón y lo sienta en sus brazos. Él está tranquilo, luego de un rato se comienza a chupar el dedo, y pienso que quizás tiene sueño. Se pone un poco más inquieto y Carolina lo sienta un poco más. Le dice “quieres estar más sentadito parece”. Y de repente se tira un gas. Carolina le dice “hay se me olvidó sacarte los chanchitos....” El efectivamente al sentarse se le salieron un par de chanchitos. Ahí se le pasa un poco lo inquieto y comienza a chuparse el dedo otra vez. Carolina me comenta que parece que tiene sueño.

Yo le digo a la madre que me voy a aprovechar de ir, para que descansen los dos. Me despido y me voy.

## **12. Observación Nº 17**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 17

Edad del bebé al momento de la Observación: 5 meses y 23 días

Al llegar al departamento de Ariel me abre la puerta la nana, quien me hace pasar. Me encuentro con Carolina en el pasillo que venía de las piezas. Me saluda y vamos hacia el living. Me sorprende al ver a Ariel en el piso del living sobre una alfombra de juegos, con monitos colgantes. Se veía exquisito, estaba con un enterito rojo, de pantaloncitos cortos y polera manga corta. Se le veía su piel blanquita, sus rollitos. Lo saludo y le digo lo lindo que está, y me da una sonrisa. Le comento a Carolina que entretenido para él esta alfombra, además que era muy linda. Me dice que sí, que le gusta mucho, que se la habían regalado cuando nació y ahora la está ocupando. Nos sentamos en el sillón junto a Ariel. Él está muy entretenido jugando con los juguetes que tiene sobre la alfombra, los agarra y los mueve, se los acerca y los chupa. Me da gusto ver lo activo que está, se nota libre y disfrutando.

Carolina me pregunta como he estado, por mi embarazo. Le comento que bien, que justo venía de control y estaba todo bien. Me pregunta por mi hijo y le digo que está bien. Ella me cuenta que Isabella está asistiendo al jardín, que los primeros días no tuvo problema en quedarse, pero esta semana que es la segunda, se queda llorando cuando ella se va. Sin embargo, cuando la ha podido observar por la cámara que tiene el jardín, se da cuenta que se le pasa y que se queda jugando feliz. Le digo que es normal, que está en periodo de adaptación, y siempre las primeras semanas son más difíciles para los niños. Lo bueno es que ella puede estar tranquila al poder observarla a través de las cámaras, y tener la seguridad que Isabella está bien cuidada.

Me dice que hoy cuando la fue a buscar, quiso pasar a ver al abuelo, así que luego del jardín pasaron a la casa de sus papás. Allá la mamá de Carolina le había preparado

alcachofas para que trajeran, pero Isabella quiso quedarse a comer allá. Así que se quedó con los abuelos, más tarde la va a ir a buscar y llevarle su leche.

Mientras Carolina me comenta esto, miro a Ariel que está muy entretenido con sus juguetes, conversa y me llama la atención que además toma el chupete y trata de llevárselo a la boca. En ocasiones acierta en poner la parte del chupete en la boca, pero otras no acierta y chupa la parte dura del chupete. Se mueve mucho, con sus pies mueve las partes altas de la alfombra de donde cuelgan otros juguetes. Trata de agarrar los juguetes colgantes y de llevárselos a la boca. Yo le hago algunas muecas y él está muy risueño, nos mira con mucha atención, y me da la sensación que quiere participar de la conversación, ya que balbucea. Pienso en lo distinto que se ve ahora en esta alfombra de juegos, versus cuando estaba en su silla de coche. Recuerdo lo incómodo que me parecía estaba antes y lo libre y contento que se ve jugando ahora.

Le refiero a Carolina que Ariel está muy activo, que se mueve mucho. Me dice que sí, que se mueve mucho más que antes. De hecho en ese momento Carolina se levanta para acomodarlo en la alfombra, ya que tanto moverse estaba muy fuera de la alfombra. Me dice que le pone unas almohadas a los lados, ya que como la alfombra tiene un cojín para la cabeza, él al moverse tanto se cae hacia los lados.

Me parece que Carolina se ve muy relajada, me da la sensación de estar tranquila, disfrutando el momento, y más conectada con Ariel. En un momento va hacia las piezas y me deja con Ariel. Yo aprovecho para conversar con él, ya que está muy risueño y coquetón. Responde de inmediato con una sonrisa, se mueve de un lado a otro. Se toma el babero y se lo tira como cubriéndose la cara con él, luego lo saca. Repite esto varias veces, me da la sensación del juego "está/ no está", y le digo eso, pero luego me doy cuenta que está jugando a mover el babero.

Carolina al regresar me entrega unos calcetines rosados, y me dice que son para mi bebé. Le doy las gracias, me sorprende y le digo que no era necesario. Me dice que le había ido a comprar ropa a Isabella, ya que ahora que está en el jardín ocupa mucho más ropa, y ahí vio los calcetines que le encantaron y le compró a Isabella y se acordó de mi bebé. Le digo que están preciosos, que son sus primeros calcetines, ya que en realidad

aún no le he comprado nada. Me pregunta para cuando es la fecha del parto, le digo que para abril. Me dice va a ser como un mes de diferencia con Ariel. Le digo que sí. A propósito de la ropa, me comenta que ha estado juntando ropa para un centro de ayuda que regalan a la comunidad; que la tiene en la bodega pero que no ha tenido tiempo de llevar las cosas.

Ariel ha estado mirándonos y jugando, pero ahora se puso inquieto. Carolina se para y lo toma en brazos, le dice “vamos a sentarnos acá”. Lo sienta con ella, en una posición que queda frente a mi. Se nota contento y yo comento que quería compartir con nosotras, y que quería regalinear. Carolina me dice que está muy regalón, que le encanta estar en brazos a propósito que su mamá y la nana lo tienen siempre en brazos. Ariel se quedó tranquilo al estar sentado con Carolina. Mientras ella me estaba comentando otras cosas, le hacía cariño a Ariel en la cabeza, como peinándolo. Él parece estar feliz, la mira y se ríe. Yo lo miro y le hablo, y también me sonrío. Me da la sensación que el centro de atención está puesta en él, y como parece que Ariel disfruta de ese momento.

Algo me comenta Carolina de una amiga de ella que estaba esperando bebé, y que estaba nerviosa, que no quería contar hasta que esté de tres meses. Carolina le dijo que estuviera tranquila. Me dice que le da no se que, que su amiga esté pensando en eso, que es distinto cuando has tenido una pérdida y luego te embarazas, pero en el caso de ella no ha tenido pérdidas. Le refiero que sí, que efectivamente cuando uno ha tenido una pérdida, probablemente está más preocupada que pueda ocurrir otra vez, y eso angustia los primeros meses. Recuerdo que Carolina antes del embarazo de Isabella tuvo una pérdida.

Ariel se comienza a poner inquieto y Carolina se para y lo toma en brazos como en posición de sacar gases. Le soba la espalda y él se queda tranquilo. Al sentarse nuevamente, Ariel se vuelve a quejar, con lo que Carolina se vuelve a parar y le vuelve a sobar la espalda. Le dice “que regalón”.

Luego de un rato, se sienta y Ariel estaba botando un poco de leche, le limpia. El bebé está tranquilo-inquieto, se mueve mucho, y reclama un poquito. Ya estamos en hora, y le digo a Carolina que me voy a ir. Ella me dice que lo va aprovechar de mudar, ya que se da

cuenta que está con el pañal con mucho pipí, y que quizás por eso estaba inquieto. Le digo que sí, que puede ser. Me acompañan a la puerta y nos despedimos hasta la próxima semana.

### **13. Observación Nº 21**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 17

Edad del bebé al momento de la Observación: 7 meses y 4 días

Al llegar me abre la puerta Sandra (la nana) y me hace pasar. En el comedor está Carolina, está con el notebook haciendo algo. Al verme se para y me saluda, me pregunta cómo estoy, le digo que bien, gracias. Junto a la mesa del comedor está Ariel, quien está en el coche despierto. Me acerco y lo saludo, le pregunto como está, y él me sonríe, yo le comento a Carolina lo coqueto que es, y él la mira. Está vestido con un buzo gris y una polera verde manga corta. Me siento junto a él en una silla del comedor, quedando frente a Carolina.

Me comenta que está buscando algunas cosas en Internet. Parece muy concentrada, y no quiero interrumpir. Ariel se pone algo inquieto, y parece querer salir del coche, Carolina sigue trabajando en el computador. Me comenta que está muy regalón, que le encanta estar en brazos, que su mamá y la nana lo toman siempre. Le ofrezco si quiere que lo saque del coche, y me dice que “sí, gracias!” . Saco a Ariel y lo siento en mis piernas, le pongo un caracol de madera que tenía en el coche sobre la mesa, el que comienza a agarrar en el segundo. Toma el cordel del caracol y lo chupa, lo agarra y lo mira. Se nota muy concentrado y entretenido. Le pregunto por Isabella, y me dice que está durmiendo, y en realidad está todo en silencio, muy tranquilo. Tampoco están los papás de Carolina. Me pregunto si Juan Carlos estará también en el departamento o habrá vuelto a trabajar. Ariel sigue manipulando el caracol, en un momento agarra un tigre

pequeñito de peluche que también le había puesto en la mesa, sin embargo, lo deja y sigue con el caracol.

Luego de un rato, Ariel se pone inquieto, ya no quiere estar sentado. Yo lo trato de acomodar, pero no quiere. Carolina se para y lo toma, y me comenta que es muy regalón, ya que le gusta que lo paseen, no sólo que lo tomen en brazos, y se ríe. Ella lo toma en brazos, en una posición vertical, mirando hacia atrás de ella, le soba su espalda y lo mueve. Ariel se queda tranquilo, la mira, me mira a mi, y observa hacia otros lados. A ratos bosteza y me da la impresión que tiene sueño. Le pregunto cómo ha estado Ariel, y me dice que súper bien. Le comento que está con el pelito más corto, y me dice que sí, que se lo cortaron esta semana. Se lo cortan con la máquina, pero le gustaría que alguien se lo cortara con tijeras, pero como es tan chico no sabe si lo hacen. Le complica porque se mueve mucho y le da susto que le vayan a pasar algo y lo corten. A propósito de sentarse solito, me comenta que hoy se sentó por primera vez en la silla a comer. Le comento que bien y que grande que está. Ariel comienza a chuparse su dedo, y me da la sensación que está en proceso de quedarse dormido.

No me aguanto y le pregunto por Juan Carlos, y me dice que está mejor, pero que la doctora igual le quería dar otra licencia. Me dice que está también, que está asistiendo a un psicólogo y ella siente que le ha hecho bien, que iban a trabajar aspectos de su autoestima y como manejar situaciones difíciles que le cuestan en el trabajo. Me dice que el psicólogo les había comentado que le han llegado varios casos de estrés laboral y bullying en el trabajo. Le digo que es difícil cuando uno no se siente bien en el trabajo. Ella me cuenta que el ambiente del trabajo de Juan Carlos no es bueno, que ni siquiera lo han llamado para saber como está, y que es muy diferente del trabajo anterior que tenía. Recuerdo que en otra oportunidad, ya me había comentado lo descontento que estaba Juan Carlos en el trabajo, y que era nuevo, que se había cambiado a principios de año. Carolina me dice que hay días en que Juan Carlos se siente mejor, y otros en los que no tiene muchas ganas de hacer cosas. Para la navidad fueron a la casa de los papás de Carolina, pero luego de un rato, ya no quería estar con gente. Le digo lo difícil que debe ser para ella también todo esto. Me dice que sí, y que le molesta que la familia de él no lo



llame para saber como está, o no se preocupen más. Cuando sus cuñadas llaman, ella les dice que lo vayan a ver, pero no han ido.

Carolina me pregunta si Ariel se durmió, y le digo que sí. Estaba placido chupando su dedo. Le ayudo a ponerlo en el coche y ella lo deja amarrado sólo con un bracito para no sacarle el dedo que se estaba chupando de la otra mano. Este gesto me parece muy considerado ya que no quiso molestarlo en su descanso.

Se sienta junto a mi en el comedor y me cuenta que ella cree que también le ha afectado a Juan Carlos la enfermedad del papá. Me pregunta “¿te conté?”, a lo que yo le contesto que no. Me relata que en febrero del año pasado el papá de Juan Carlos se trató de suicidar, porque también sufre de depresión. A raíz de eso, le hicieron varios exámenes y le diagnosticaron Alzheimer, y desde ahí que lo cuidan, pero se le olvidan las cosas, y la mamá de Juan Carlos no sabe mucho que hacer. Le digo que seguramente eso también le ha afectado mucho a Juan Carlos, ya que es ver como su papá va cambiando. Me dice que sí, que se he ido desvaneciendo. Carolina le dice a su marido que aprovechen de estar más con él ahora, que si bien se le olvidan cosas, aún tiene momentos de lucidez. Me comenta que para el acto de fin de año de Isabella en el jardín, fueron los papás de Juan Carlos, y el papá no le preguntó por Ariel, y a ella le pareció que no se acordaba de él.

Ariel duerme profundamente, ya no se está chupando su dedo.

Carolina me dice que tiene ganas que Juan Carlos esté mejor. Ella quiere que cuando termine la licencia, renuncie a su actual trabajo; ya que no quiere que tenga una recaída después de eso. Me doy cuenta de lo afligida que está, se le llenan los ojos de lágrimas. Vuelvo a empatizar con ella, diciéndole lo difícil que ha sido todo este periodo para ella y le pregunto como está con todo esto. Carolina me dice que por eso ella se toma sus remedios sagradamente, y que para ella lo importante es que Juan Carlos esté bien. Me dice que ellos igual tenían dinero ahorrado para emergencias, y porque querían comprarse una casa; pero que para ella es más importante que él se mejore y no vuelva al trabajo que le hace mal. Además, me dice que seguro lo van a despedir, si no se han preocupado de él en todo este tiempo. Le digo lo difícil que es cuando en el trabajo no lo

pasa bien. Me dice que sí, que no tuvo suerte al cambiarse de trabajo. Le habían prometido algo que después no fue.

Alguien llama al celular, Carolina contesta y se va hacia las piezas, al parecer era para Juan Carlos. Ariel se despierta con el ruido, me mira, y parece desorientado, un poco asustado. Yo le hablo despacito, para que se tranquilice, sin embargo, no funciona, hace puchero y llora un poco. Carolina regresa, y le comento que despertó. Ella saca del coche a Ariel y me dice que le toca su leche. Me pide que lo sostenga mientras prepara el biberón, y le digo que sí. Lo tomo en brazos y la acompaño a la cocina, mientras ella me pregunta hasta que edad le di leche a mi hijo. Le digo que hasta los 8 meses, y ella me dice que es bueno darles porque no se enferman tanto. Me dice que Ariel se ha enfermado mucho más que Isabella, que tomo leche hasta los 6 meses. Pero como con Ariel no tenía leche materna, le tuvo que dar de la de tarro. Mientras Carolina preparaba el biberón, Ariel la vio y comenzó a mover sus brazos como para agarrar el biberón. Carolina le decía “ya va, ya va”.

La acompaño hasta el living, ella se sienta en el sillón y toma a Ariel entre sus brazos para darle la leche. Él agarra inmediatamente el biberón y comienza a chupar. Le digo que ya estamos en la hora, y que me voy a ir, que la dejo dándole la leche tranquila. Me despido y me voy solita a la puerta.

#### **14. Observación Nº 22**

Nombre Mamá: Carolina

Nombre Papá: Juan Carlos

Nombre Bebé: Ariel

Nº de Observación: 22

Edad del bebé al momento de la Observación: 8 meses y 1 días

Al ir camino al departamento de Ariel, pienso en los cambios que notaré en él, ya que hace un mes que no lo veo. Me imagino que estará más grande, saco la cuenta y ya tiene 8 meses, estará más activo que la última vez?

Al entrar al lobby del edificio como de costumbre me preguntan mi patente, y luego me dirijo al ascensor. Iba revisando un mensaje que me había llegado, y me cruzo con un señor que me parece conocido. Pienso que parece ser el papá de Carolina, lo miro y él me queda mirando; pero no me dice nada, entonces me hace dudar...luego de unos segundos; lo saludo y él me saluda, se acerca y me da un abrazo muy cariñoso, pero que me da la sensación de contención. Me pregunta como estoy, y me toca mi guata, percatándose que está más grande. Yo le comento que crece día a día. Le pregunto si ya se va, y me dice que sí, me despido y me dirijo al ascensor. En el ascensor, pienso en el saludo del papá de Carolina, que me dio la sensación de pesame; y me percató que es la primera vez que vengo a observar a Ariel después de la muerte de mi papá. Me pregunto si me irán a comentar algo, y espero que no sea el foco.

Al llegar me abre la puerta la mamá de Carolina, y me saluda muy cariñosa, me dice que está más grande mi guata, y me pregunta como me he sentido. Yo le digo que bien, pero que los últimos días me ha molestado mucho la espalda. Ariel está junto a ella en el coche. Me acerco para saludarlo, y él me mira muy serio. Vamos hacia el living, en donde me siento en el sofá, la mamá de Carolina en el Sofá del lado y Ariel queda frente a las dos. La mamá de Carolina me hace algunos comentarios por mi dolor de espalda, y me dice que puede ser tanta tensión. Pienso en la reciente muerte de mi papá, pero lo paso por alto; y me focalizo en Ariel, que aún me mira con cara muy seria. Lo saludo, y le digo que hace mucho que no nos vemos, que quizás por eso ahora no se acuerda de mi. Él me observa mientras le hablo, y mira a la abuela como para confirmar quien soy yo. La mamá de Carolina me comenta que Ariel había estado jugando con Isabella al té. Y me percató que está con una tacita azul en sus manos, la cual observa y manipula, y me sigue mirando. Está serio, pero me da la sensación que me trata de reconocer. Está con un pilucho que deja ver sus piernas y pies gorditos, y sus brazos. Le pregunto a la mamá de Carolina como se ha portado, y ella me dice que bien. Que es muy bueno para comer. Cuando se le da la comida, hay que tener el plato firme, y darle rápido porque si no se enoja. Y luego seguir con el postre. Me comenta que si después le dan una leche, seguro que también se la toma. Le digo que está gordito, que distinto a cuando era recién nacido

y recuerdo la preocupación de lo flaquito que era, y ahora está tan cachetón. Yo le digo a Ariel que está tan grande, y más gordito, a propósito de lo que estábamos comentando. Él se pone a refunfuñar, y mira a la mamá de Carolina, como si no le hubiese gustado mi comentario, y le digo que igual está muy lindo....(me da risa).

Aún me sigue mirando muy serio. Yo le comento a la mamá de Carolina que aún no me reconoce, y hacemos algún chiste con eso. Ella recuerda situaciones en las que no se puede acordar del nombre de las personas cuando se las encuentra y lo incómodo de no saber como se llama, pero sin la posibilidad de preguntarle el nombre por lo feo que sería. Le comento algo al respecto, en relación al embarazo y de cómo se olvidan muchas cosas.

Me pregunta por mi hijo y le digo que está bien. Estaba echando de menos la pregunta, ya que siempre es lo primero que me pregunta. Le comento que está bien, que está en proceso de control de esfínter, y que va bien. Ella me dice que Isabella está en la misma, que va solita a la pelela cuando tiene ganas. Agrega que no le gustan ya los pañales, se siente incómoda; aunque se lo ponen en las siestas y en la noche; o cuando salen.

En ese momento se incorpora Carolina que viene de las piezas. Estaba con Isabella que está con faringitis y estaba con fiebre; la dejó durmiendo. Me trae unos regalos que me tenía de Navidad. Cuando aparece, a Ariel se le llena su cara de alegría, sonrío de oreja a oreja; y de pasada me regala una sonrisa a mi también. Carolina se sienta a mi lado, y le devuelve la sonrisa a Ariel. Le agarra sus pies y les da unos besos y toca las plantas de los pies con las palmas. A él le encanta y se ríe, balbucea. Me da la sensación que se llena de vida. Ariel le vuelve a poner los pies en la misma posición, como para que ella repita lo que hizo, y lo hacen un par de veces. Mientras yo abro mi regalo y se los agradezco.

Le pregunto por la salud de Isabella, y me dice que estaba con fiebre alta y que le había dado Ibuprofeno, pero no le bajaba. Que el pediatra no contestaba, así que llamó a la madrina de Ariel que es pediatra y ella le recomendó que hacer. Ahora ya le había bajado la fiebre y estaba durmiendo. La mamá de Carolina le comenta que mi hijo también está aprendiendo a controlar esfínter. Y Carolina me agrega algunas cosas que su mamá ya me había comentado. Le pregunto como está Ariel, que yo lo había encontrado

más grande. Me dice que está muy regalón, quiere estar sólo en brazos. Recuerda que una amiga de ella, había hecho un estudio con Isabella, y le había comentado que esa conducta tenía que ver con que a los 8 meses estaban más llorones, y que había que acompañarlos más, que no había que dejarlos llorar. Le digo que puede ser porque a los 8 meses desconocen, entonces buscan lo familiar. Después de este comentario, pienso que quizás no debería haber agregado información, ya que me salió un comentario muy teórico.

Carolina me dice que el esposo de una amiga en común está con licencia, yo aprovecho de preguntarle por Juan Carlos, y como sigue. Me dice que está mucho mejor, pero que la psiquiatra igual le dio licencia, ya que quiere que esté en un 100%, para que no le de una recaída. Me da la sensación que ella está más tranquila también con eso. Ariel sigue muy concentrado mirándola, y haciendo gracias; Carolina oscila en mirarlo y responderle; y en mirarme y comentarme algo. Me gusta ver como él disfruta. Está activo, le pone sus pies, muerde un peluche que tiene en sus manos, y sonrío. Yo siento que ya me reconoció, ya que le doy una sonrisa y ahora me responde de vuelta. Está exquisito.

En ese momento llega Juan Carlos, y se acerca al living a saludarme. Yo me levanto para saludarlo, y él muy cariñoso me pregunta como estoy, le respondo que bien. Me dice que está más grande, aludiendo a mi guata, y le comento que sí, que sigue creciendo. Me da el pésame por lo de mi papá, y yo aprovecho de darle las gracias por haber ido al funeral. Me responde que es lo menos que podrían haber hecho. Insisto en que se pasaron, y que yo le había dicho a Carolina que no era necesario. A propósito de eso, Carolina me pregunta como está mi mamá; le digo que tranquila, pero que aún es muy reciente todo.

Ariel al ver al papá, se le vuelve a llenar la cara de risa, lo mira y le hace gracias; Juan Carlos lo saluda de vuelta. Pregunto si ya comió, y le dicen que no, que ahora ya le va a tocar la leche. Como si Ariel entendiera, se comienza a poner inquieto. Juan Carlos toma el coche y lo mueve; sin embargo, Ariel persiste. Me da la sensación que ya quiere salir del coche, pero no digo nada. Ellos están comentando algo en relación a Isabella y su fiebre. Carolina me cuenta que en la noche anterior se había despertado Ariel y que Isabella

también se despertó, entonces les preguntaba “porque llora tanto, ya le pasé todos los juguetes. Ariel no llores, estoy aquí”. Se reían de cómo lo cuida, y yo pienso que en lo bueno de esa situación. Carolina nos comenta a mi y a Juan Carlos, que antes estaban jugando a las tacitas, y que Isabella le hacía té a Ariel. Que le había pasado una tacita rosada, y que ella le había dicho que no, que esa taza era para niñas. Entonces había ido a buscar una taza azul. Y recuerdo que era la tacita azul que tenía en sus manos cuando llegue.

Le aviso a Carolina que ya estamos en la hora, y que me tengo que ir. Me dice que bueno, que no me preocupe. Me despido de Ariel, quien siento que ya somos amigos otra vez, ya que me sonrío muy alegre. Me despido de su abuela y de Carolina. Juan Carlos había ido a cambiarse ropa, ya que veía de terno, y hacía un calor terrible. Carolina me acompaña a la puerta y quedamos de vernos la próxima semana. Me dice saludos en tu casa, y mándale cariños a tu mamá cuando hables con ella. Le doy las gracias, y pienso en lo preocupada que es Carolina.