

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Convenio de complementación de estudios entre las Facultades de Filosofía de la Universidad del Azuay y la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires**

# **LA INFLUENCIA DEL VÍNCULO MADRE-HIJO EN LOS PACIENTES PSICOSOMÁTICOS SOBREADAPTADOS**

**Monografía previa a la obtención  
Del título de Psicólogo Clínico**

**ALUMNO: JOHNNY DAVID QUEZADA QUEZADA**  
**DIRECTOR: Mst. GERARDO PEÑA CASTRO**

**Cuenca – Ecuador - 2005**

**A mi madre Bertha Quezada Morales**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi madre, por todo lo que me ha dado; sin ella, no sería posible estar donde estoy ni escribir lo que escribo. A mis hermanos, que siempre han estado conmigo ayudándome. A mi familia, por todo el cariño y apoyo que siempre he recibido. A la universidad del Azuay, por la oportunidad de un curso de graduación internacional. A todos los profesores de la Escuela de Psicología por brindarme sus conocimientos, en especial al Máster Gerardo Peña Castro por haber dirigido la presente monografía. Y, por último, no por eso los menos importantes, a todos mis compañeros por el apoyo y el gran cariño que siempre me brindaron, por estar conmigo en las buenas y malas, alegrándome la vida.

## **ABSTRAC**

La influencia del vinculo madre-hijo en pacientes psicossomáticos sobreadaptados. Tema que se refiere a la importancia de las primeras relaciones del niño con la madre, en los primeros años de vida, en el proceso de individuación, conformación y buen desarrollo de la unidad psicossomática.

La ideología de crianza, la interacción familiar, las expectativas que los padres tienen con respecto a su hijo, en suma, toda la relación del hijo con sus padres, se conforma sobre la base de una propuesta narcisista, que tendrá como consecuencia la sobreadaptación del niño a la realidad ambiental, que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales, privilegiando en exceso el ajuste ala realidad exterior, el rendimiento y cumplimiento de exigencias.

Con el riesgo de padecer enfermedades orgánicas, si no es que ya las padecen, debido a que el síntoma somático toma el valor de una denuncia o protesta del grado masivo de postergación, a la que el cuerpo ha sido y es sometido.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>1. PACIENTES PICOSOMÁTICOS SOBREADAPTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>2. EL VINCULO MADRE-HIJO.....</b>	<b>12</b>
<b>3. INTERACCIÓN FAMILIAR.....</b>	<b>18</b>
<b>4. IDEOLOGÍA DE CRIANZA.....</b>	<b>25</b>
<b>5. MODELOS MATERNOS CORRELATIVOS CON LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA “MADRE METEBOMBAS” Y “MADRE-QUE-REBOTA”.....</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>40</b>

# INTRODUCCIÓN

Esta monografía trata sobre la gran influencia que tiene el vínculo madre-hijo en los pacientes psicossomáticos sobreadaptados. Tema que me llamo mucho la atención y me pareció de gran importancia, ya que en nuestro medio, no es para nada conocido, por lo que no se le da la importancia que se merece. En hospitales clínicas o centros de salud solo se tratan las enfermedades desde un punto de vista fisiológico sin relacionarlo con una posible causa psicológica, que podría ser la clave para el tratamiento de estos pacientes. Además que la importancia del vínculo madre-hijo no solo radica en lo psicossomático, sino en una amplia gama de trastornos y padecimientos que en mayor o menor grado se relacionan con este tema.

Se tratara, entonces, acerca de la influencia que tienen las primeras relaciones del niño con la madre en los primeros años de vida, su método de crianza, la interacción familiar, el ambiente en el que se desarrolla el niño, las expectativas que tienen los padres acerca del niño, y cómo depositan éstas, a través de su crianza. Los padres esperan que el hijo cumpla con todo aquello que ellos no cumplieron y esperan que sea inmune a todo lo que temieron y les hizo sufrir produciéndoles gran ansiedad y frustración. No piensan en los deseos del niño sino solo en la satisfacción de los propios a través de éste, siendo una relación sobre la base de una *propuesta narcisista*.

Los pacientes psicossomáticos sobreadaptados, constituyen una amplia gama de pacientes que van desde aquellos que no registran alertas orgánicas previas pero que son candidatos a la interrupción brusca y prematura de su vida, hasta los que presentan enfermedades psicossomáticas de muy distinto grado de gravedad, que manifiestan una sobreadaptación a la realidad ambiental que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales, privilegian en exceso el ajuste a la realidad exterior, el rendimiento y cumplimiento de exigencias. No conciben la posibilidad de unir trabajo con placer, valoran más “hacer mucho” que “hacer disfrutando”, desconectados de los mensajes emocionales emanados de su interior, limitando su vida al trabajo y cumplimiento de metas.

Además, intentaremos explicar de que manera esta interacción, este vínculo entre madre-hijo puede llevar a que un individuo dirija su vida hacia el cumplimiento de los deseos de otros, sobre exigiéndose, y sometido a una realidad exterior, expresando con su cuerpo, y la enfermedad, la protesta a las privaciones emocionales, corporales, y placenteras a las que han sido expuestos, sumándole a esto, el sobre esfuerzo de su cuerpo dedicado solo a la productividad

La presente monografía se sustenta básicamente en las investigaciones e ideas de David LIBERMAN y sus colaboradores como son: Elsa GRASSANO de Piccolo, Silvia NEBORAK de Dimant, Lía PISTINER de Cortiñas, Pola ROITMAN de Woscoboinik, expuestas en su libro *“Del cuerpo al símbolo sobreadaptación y enfermedad psicósomática”*. LIBERMAN y colaboradores parten de investigaciones previas de teóricos psicoanalistas como: WINNICOTT, M. MAHLER, M. KLEIN, entre otros, que dan toda la importancia a las primeras relaciones objetales para el proceso de individuación, conformación y desarrollo de la unidad psicósomática.

También nos apoyamos en las investigaciones e ideas de Marta BÉKEI, expuestas en su libro *“Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia”*, así mismo, ella parte de teóricos psicoanalistas, como: René SPITZ, WINNICOTT, BARNARD, entre otros.

Y por último nos respaldamos en las investigaciones e ideas de René SPITZ de su libro *“El primer año de vida del niño”*, y de M. MAHLER., de su libro *“El nacimiento psicológico del infante humano”*.

# 1. PACIENTES PSICOSOMÁTICOS SOBREADAPTADOS

Partiendo de las ideas de LIBERMAN (1) y sus colaboradores en el libro "*Del cuerpo al símbolo*", cuando hablamos de pacientes psicossomáticos sobreadaptados nos referimos a un amplia gama de pacientes que van desde aquellos que no registran alertas orgánicas previas pero que son candidatos a la interrupción brusca y prematura de su vida hasta los que presentan enfermedades psicossomáticas de muy distinto nivel de gravedad.

Se trata de personas que manifiestan una sobreadaptación a la realidad ambiental que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales. Son, por lo tanto, personalidades con un "**Self ambiental sobreadaptado**" en deterioro de un "**Self corporal sometido y repudiado**". Privilegian en exceso el ajuste a realidad exterior el rendimiento y el cumplimiento de exigencias, lo que unido a una ausencia de conexión con los mensajes emanados del interior emocional y corporal, los llevo a definir las como personas "que padecen de cordura".

En ellas el principio de realidad estaría no sólo divorciado del principio del placer, sino en abierto enfrentamiento. El repudio del self corporal, que no logra representación simbólica en su aparato mental, las conduce a adoptar un plan de vida en el que no se conjugan objetivos con posibilidades emocionales. La estereotipia de esta organización, en la que el ambiente se prestigia y la interioridad se anula, permite anticipar la posibilidad de severas crisis somáticas, aun en personas que manifiestan un "tranquilizador bienestar corporal" y un abierto orgullo por su capacidad de trabajo, ajuste y rendimiento. Dentro de esta constelación mental, el síntoma somático toma el valor de una denuncia del grado masivo de postergación, a la que el cuerpo ha sido y es sometido. En este sentido, el síntoma, es a la vez el producto de la estricta disociación cuerpo/mente a la que

---

<sup>1</sup>Cf. LIBERMAN, David, "*Del Cuerpo al Símbolo Sobreadaptación y Enfermedad Psicossomática*", Trieb, Buenos Aires, 2º Edición, 1986, Pag: 13 – 43



estos pacientes apelaron precozmente en su evolución, es un intento de recuperación de la unidad psicosomática, a través de la emergencia del cuerpo, que se hace presente con su sufrimiento y sus requerimientos. Es justamente la unidad psicosomática la que en estas personas está rota.

El síntoma denuncia entonces un sistema de vida basado en una ideología que, bajo su aparente ajuste a la realidad exterior, oculta una carencia de sentido común: detrás del manifiesto deseo de vivir al máximo, lo que aparece es una fuerte pulsión tanática, que les lleva a pagar, por vivir aceleradamente, el precio de una muerte prematura.

Llama la atención que este tipo de pacientes aparecen inicialmente como personas puntuales y sin dificultades para ubicarse en el espacio de los consultorios. Otro elemento de observación que se privilegia fue la relación que tienen con su cuerpo. Este, como fuente no domesticada de exigencias, es concebido como un objeto molesto, que pone en riesgo la sobreadaptación. Pero, entonces, ese cuerpo que pasa a ser sólo un efector utilitario, queda anulado como fuente vital de información, dejando huecos en el crecimiento mental que afectan de modo directo la construcción simbólica de la realidad psíquica.

En relación a la interacción parental en algunos casos los padres o abuelos de estos pacientes han tenido que hacer un gran esfuerzo de adaptación a un medio, a una cultura y a un idioma nuevo. Tienden a una búsqueda de status, y tienen una necesidad urgente de incluirse en organizaciones que sustituyan la precaria matriz familiar de la que provienen.

Entonces, son personas que han llegado a padecer enfermedades orgánicas en un amplio espectro que abarca desde aquellas con distintos grados de compromiso somático con sus consiguientes limitaciones funcionales, hasta aquellas que corren un serio riesgo vital.

La **sobreadaptación** y la **enfermedad corporal** para Liberman y colaboradores, son dos aspectos de una misma patologías. La sobreadaptación forma a las

exigencias, sin cuestionamiento, unida al hecho de que estos pacientes constantemente estimulan a que los demás descarguen responsabilidades sobre ellos, es el primer vector y en el que recae el nódulo de la patología. El segundo vector en el que recae la enfermedad en el cuerpo es la " protesta somática" que denuncia la postergación a la que se ve sometido el self corporal y emocional.

El vector "**sobreadaptación**" es el aspecto central, que nos permite anticipar emergencias corporales, aun en personas que nunca han tenido todavía síntomas psicosomáticos. Por eso, este aspecto adquiere un importante valor pronóstico. La adaptación rígida a la realidad, en la que se prestigia desmedidamente el Principio de realidad, pero disociado y en oposición al Principio del placer, los llevó a afirmar que estos pacientes "*padecen de cordura*". Su hipereficacia y capacidad de trabajo sin medida, que los ubican a los ojos de los demás como paradigmas de equilibrio y eficiencia, es para nuestra perspectiva psicoanalítica expresión de la absoluta desconexión con sus necesidades y limitaciones. Representa la parte psicótica de la personalidad, y asienta sobre una fantasía omnipotente de invulnerabilidad e inmortalidad, en la que no cabe la concepción de la vida como un proceso con etapas y un final ineludible.

La sobreadaptación hace que el paciente experimente una sensación de bienestar, de "orgullo" por su eficiencia, en la que basa sentimientos latentes de auto idealización. En tanto es extremadamente exigente de logros, desatendiendo las reales posibilidades y necesidades que, por una precoz idealización del objeto malo; pasa a convertirse en un objeto admirado que protege. Por lo que, idealizan justamente a las personas que les exigen, porque para ellos ser exigidos es sinónimos de ser valorados.

Estas personalidades están dentro del grupo de las *cenestopatías*, por la incapacidad que presentan para registrar estados corporales de tensión-relajación, placer-displacer, bienestar-malestar, descanso-cansancio corporal.

Estas personas no logran concebir la búsqueda del placer como una necesidad humana relevante, escapando hacia a una realidad exterior.

## 2. EL VINCULO MADRE-HIJO

En este tema abordaremos la importancia que tiene el vinculo madre-hijo en la conformación y desarrollo de la unidad psicosomática, partiendo de las ideas de R. SPITZ (1), luego se describirán las ideas de WINNICOTT (2). Además expondremos las ideas de Marta BÉKEI (3), quien en su libro “*Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia*” cita a estos dos autores entre otros. Muchas teorías del desarrollo psicológico, en especial las psicoanalíticas, se basan en la conformación de la relación objetal, como punto de partida de la estructuración del “yo”, dándole suma importancia al vinculo madre-hijo como responsable de la individuación, de trastornos y padecimientos en la vida adulta. Es por eso, que es fundamental conocer la importancia de ésta relación para entender su gran influencia en los pacientes psicosomáticos sobreadaptados

### **SPITZ**

*Adjudica un papel decisivo en el desarrollo a los primeros contactos humanos, especialmente a la relación que el niño mantiene continuamente con su madre.*

Considera que las condiciones de esta mutua comprensión, primero corporal y progresivamente simbólica, se dan en ambos participantes de la relación. Estas condiciones son en el niño ciertas capacidades perceptivas y algunos movimientos expresivos innatos en la madre, ciertas funciones primitivas reactivadas, en parte conscientes, en parte inconscientes.

Estas capacidades permiten que los dos seres, uno en formación, el otro maduro, estén en perpetua comunicación. La conducta de uno engendra una respuesta en el otro, la que a su vez sirve de estímulo para una nueva conducta en el primero.

---

<sup>1</sup>Cf. SPITZ ,René, “*El primer año de vida del niño*”, Fondo de Cultura Económica, México, 1969, Pag: 99 - 117

<sup>2</sup>Cf BÉKEI, Marta, “*Trastornos Psicosomáticos en la Niñez y Adolescencia*”, Nueva Visión, Buenos Aires, 4º Edición 1992, Pag: 51 - 56

<sup>3</sup>Cf. BÉKEI, Marta, libro ya anteriormente citado, Pag: 67 - 72

Sobre la base del **contacto corporal** se establece entre madre e hijo un peculiar entendimiento, una suerte de lenguaje corporal. El hecho de que la madre tenga a su hijo en brazos, engendra en él una reacción que consiste en adherirse más a la madre, en apoyarse más en ella. La cercanía íntima de la criatura es a su vez un nuevo estímulo para la madre, que responde con un abrazo aún más fuerte.

**Los cuidados repetidos de la madre**, el hecho de alimentar al hijo, de cambiarlo, de bañarlo, de acunarlo, el comportamiento materno, en suma, es el que va modelando al niño. Estas actitudes van acompañadas, según sea el temperamento de la madre, como cantarle canciones de cuna o decirle palabras afectuosas. Todo esto forma el clima emocional del niño y explica que lo primero que éste reconozca sea la cara humana, con la cual están relacionados todos estos estímulos.

Estos estímulos son agradables y proporcionan placer. Si se atrasan, causan malestar y tensión. Tanto el placer de la satisfacción como el displacer de la frustración son indispensables para el desarrollo normal de la percepción, el pensamiento y la acción. La falta de cualquiera de las dos sensaciones lleva al desequilibrio.

#### **D. WINNICOTT**

Nos dice, que la vida del bebé depende de la unión estrecha con la madre. Si los cuidados maternos fallan, el niño será invadido por una angustia catastrófica que es la más primitiva: la angustia de aniquilación.

Con adecuada dedicación materna, el niño se va diferenciando poco á poco de la madre, se integra y logra; su personificación, su existencia psicosomática individual.

Empieza a percibir una membrana limitadora, representada por la piel, que lo separa de su madre, estableciéndose la diferencia.

Durante todo el período del desarrollo temprano, Winnicott subraya el papel fundamental de la madre. Incluso elabora una clasificación de las enfermedades psiquiátricas teniendo en cuenta la situación ambiental (función materna) (1959, 1964), ya que atribuye el origen de los trastornos no psiconeuróticos a interferencias en el desarrollo temprano debidas a fallas en el medio, fallas maternas. Coherente con su teoría establece para cada período del desarrollo del bebé un período materno correspondiente. Describe la conducta adecuada para cada etapa, a la que denomina por la función más característica: 1) función de sostener; 2) manipular; 3) y presentación de objetos, convivir.

1) **El sostener:** que abarca desde el nacimiento hasta los 5-6 meses de edad aproximadamente, este periodo lo denomina etapa de integración de psique y soma. La acción de sostener al bebé no se limita a tenerlo en brazos; abarca todas las funciones maternas de este período, es decir, llenar las necesidades fisiológicas y transmitir la sensación de apoyo, de confiabilidad y de ser querido. Todas estas actitudes se realizan sobre la base de una comunicación empática aguda en el niño y reactivada regresivamente en la madre. Es preciso un cuidado constante que se adapte diariamente a las variables necesidades del niño, debido a su maduración. Este primer período del sostener, que funciona sobre la base de una fusión madre-hijo, en que la madre intuye y llena las necesidades del niño quien a su vez vive en un mundo mágico donde todo acontece por sí solo, termina gradualmente. El niño llega a percibir una membrana limitadora entre él y su mundo la madre se personifica, empieza a tener una función psíquica y mental personal.

2) **El manipuleo:** que comienza a los 6 meses y se extiende hasta los 3 años de edad aproximadamente, este periodo lo denomina etapa de personificación en la que surge la percepción de su existencia psicósomática individual. La actitud protectora y proveedora que responde a las nuevas señales que emite el niño. Ya no se adivinan las necesidades, sino que se las comprende. Si la madre rutinaria no presta atención a los pequeños mensajes que el niño esboza y sigue cumpliendo sus funciones mecánicamente ya por ser demasiado experta al haber tenido muchos hijos, ya por falta de sensibilidad-adelantándose a los deseos del niño y satisfaciéndolos sin darle la

posibilidad de que exprese su pedido, paraliza el proceso de individuación. Cesan el gesto creativo y las pequeñas señales corporales desatendidas, la difusión no se realiza, el niño queda como apéndice de la madre o desarrolla un falso self, impuesto por ella. Con una madre sensitiva y alerta no se produce desajuste, el niño logra percibir a la madre objetivamente y deja de estar fusionado con ella, Se establece la relación de objeto real entre su self delimitado y la persona separada de la madre.

3) ***El de presentar objetos y convivir.*** corresponde a un periodo que comienza desde los tres años aproximadamente, llamado etapa de realización, en la que el niño deja de estar fusionado con la madre y se relaciona con ella como persona separada. En este período la capacidad adaptativa de la madre es tan importante como en los anteriores ya que la estructuración del Yo está en sus principios. El padre y el medio circundante se introducen en el mundo vivencial del niño, pero a través de la madre, quien va presentándole nuevos objetos, nuevos contactos. Si la madre presenta exactamente lo que el niño necesita, éste adquiere confianza en los objetos de su mundo real, que aprendió a divisar junto con la madre. Pero en su sentir interno, este mundo fantaseado y deseado por él es su creación. El niño atraviesa un breve período de omnipotencia que da paso a vivencias de satisfacción y frustración, las que contribuyen a estructurar el Yo.

*La percepción materna debe ser diferente en los tres períodos. Se basa en la empatía en el primero, la captación en el segundo-y la facilitación en el tercero. Los tres exigen intuición, porque el paso de un período al otro no es neto y puede haber momentos de oscilación en el niño que hay que reconocer. La dificultad de la madre para adaptarse con plasticidad a las exigencias cambiantes del niño puede crear trastornos en la estructuración de su Yo.*

### ***Marta Békei***

En su libro “*Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia*” cita que muchas teorías del desarrollo psicológico humano, que se basan en la formación de la relación objetal, enfatizan el papel que desempeña la madre en el proceso a través de la función vectora del

nexo que la une con su hijo. Este nexo se origina en el contacto íntimo entre ambos miembros de la pareja, y se va estructurando por interacción mutua. Así se establece una relación circular, donde la actitud de un miembro de la díada crea respuestas en el otro, lo que a su vez vuelve a modificar la conducta del primero. Tomando en cuenta la desigualdad fisiológica y psicológica entre el lactante inmaduro y desprotegido y la madre adulta, de cuya función de protección y provisión depende la vida del hijo, debemos prestar atención especial a los atributos maternos que por su peso tienden a definir el tono de la relación. Ya que de sus calidades depende el desarrollo normal o desviado del niño y el tipo de su eventual patología.

El vínculo que une al niño con su madre resulta de la actividad de una serie de sistemas de control que tienden a asegurar la proximidad de ambos. Se manifiesta en una conducta afectiva de los dos miembros de la pareja. En el niño se expresa como tendencia al apego, a aferrarse a la mamá; en la madre, como conducta de atención, como un estado de alerta a las señales del niño y una disposición a satisfacer sus necesidades.

La conducta de apego no es equivalente a la dependencia, sino que se desarrolla mientras la dependencia inicial decrece y sirve para atraer a la madre. Comienza con los primeros sonidos que el niño emite, con el llanto, los gritos, el balbuceo, señales que la madre capta y que la motivan a acercarse. Más adelante, la capacidad del niño para movilizarse, para buscar activamente la cercanía de la madre, puede sustituir en parte estas llamadas, las que sin embargo seguirán siendo durante toda la infancia una manera muy eficaz de comunicarse con su madre distante, pero alerta a estas señales.

Si se pone al pecho a los bebés cuando están todavía en la sala de partos y luego se los mantiene junto a la madre, a quien se familiariza con algunos aspectos especiales del niño. Madres e infantes tratados de esta forma tienen una comunicación fácil, y las criaturas presentan menos problemas de sueño y de alimentación que los niños que no tienen este primer contacto con la madre, esto aumenta la satisfacción de la madre y aumenta su auto confianza.

Si se facilita la estimulación mutua, se establece una relación circular en la que, por ejemplo, una sonrisa del niño, como respuesta a una caricia materna, crea gestos



afectivos nuevos en la madre y la comunicación se intensifica. Esta interacción positiva facilita el proceso de adaptación que la parturienta debe realizar. Hay que tener en cuenta que durante el embarazo la mujer sufre profundos cambios psicológicos, y debe reorganizarse, lograr un nuevo equilibrio psíquico para poder enfrentar de buen grado las exigencias que el recién nacido le plantea. Si esto no se logra a tiempo, las actitudes tempranas de la madre novel hacia su bebé pueden resultar inadecuadas, de impaciencia e incomprensión. En vez de establecer un vínculo positivo creado por retroalimentación adecuada, se forma un círculo vicioso, una relación inducida por reacciones sensoriales exageradas y mutuamente frustrantes.

Al no encontrar condiciones favorables para ajustarse a su nuevo rol, la madre se transforma en un ser rechazador y hostil, a la que se considera responsable de muchos trastornos de la infancia.

### 3. INTERACCION FAMILIAR

#### a) *Red de comunicación familiar*

Fruto de sus investigaciones LIBERMAN (1) y colaboradores llegaron a identificar que el paciente sobre adaptado que somatiza forma parte de una familia que desde su nacimiento lo incluye en una red de interacción con una seria distorsión de base: el hijo que nace tiene como misión satisfacer las aspiraciones narcisistas de los padres.

Se trata de padres que estuvieron expuestos a intensas exigencias de adaptación, frente a las que fracasaron total o parcialmente. Vivieron estos fracasos como injurias narcisistas que produjeron, por una parte, sentimientos de intensa humillación y, por otra, una ansiosa búsqueda de reivindicaciones personales. Habitualmente son parejas que atravesaron por cambios masivos en sus circunstancias de vida, con el consiguiente problema de pérdidas y readaptaciones. En muchos casos uno, o ambos integrantes son inmigrantes o personas que realizaron cambios bruscos de nivel cultural, social y/o económico. Se ha observado esta patología en padres profesionales de primera generación, en los que la migración social significó un cambio total en el estilo de vida, desde la vivienda, las pautas de referencia, la ideología sobre el manejo de los hijos, hasta el uso del tiempo libre. Necesitan entonces que los hijos respondan con una óptima adaptación a aquel medio y a aquellos requerimientos de la realidad a los que ellos mismos no lograron adaptarse.

En otras oportunidades, son padres que han atravesado serias crisis emocionales personales o en la relación de pareja. En estos casos aparece más clara la visión deformada del rol del hijo, quien pasa a ser el que tiene la misión salvadora de "unir" a la pareja, "curar" la depresión de la madre o "llenar el vacío dejado por la muerte de un ser querido".

---

<sup>1</sup>Cf. LIBERMAN, David, "Del Cuerpo al Símbolo Sobreadaptación y Enfermedad Psicossomática", Trieb, Buenos Aires, 2º Edición, 1986, Pag: 57-74.

Sobre la base de esta distorsión familiar, el configura sin saberlo, un medio de reivindicación de padres que se han sentido postergados en su vida. Depositán en el hijo, antes de nacer, intensas expectativas, albergando exageradas ambiciones sobre rendimientos exitosos y precoces. Tienen una idea definida de la línea de desarrollo que el mismo deberá recorrer, y necesitan que la cumpla. El proyecto de evolución es previo al conocimiento del hijo real con sus características, posibilidades y deseos. Por lo tanto, lejos de estar motivado por las capacidades reales de éste, sigue la dirección de compensación de los fracasos paternos.

El hijo deberá ser exitoso en aquellas áreas en las que ellos mismos fallaron como personas, no sólo en el plano de los logros externos, sino también en el afectivo y vivencial. De manera que no deberá padecer el desaliento, el temor o la depresión, sentimientos que ellos ya sufrieron y conciben como inelaborables.

Son padres persecutoriamente presentes que interfieren el desenvolvimiento de la línea natural de desarrollo, ya que como necesitan que el hijo cumpla con la función prevista, se vinculan de modo exigente y controlador con su rendimiento y eficacia.

Sin embargo resultan padres abandonantes en el plano emocional, desconectados y carentes de empatía para decodificar las necesidades psicológicas del niño, sus posibilidades y limitaciones. Esperan y alientan desarrollos tempranos en los que centran sus sentimientos de orgullo como progenitores. La ambición paterna se satisface en toda conducta del bebé o del niño inscripta en el área de la independencia en el mundo externo, la precocidad y el autocontrol. En cambio, desestiman toda conducta que revele ansiedad, temor, retraso madurativo y/o rendimiento desigual en distintas áreas.

De este modo, la infancia transcurre en una red familiar que no concibe el dolor psíquico, las crisis afectivas, los altibajos de humor y las regresiones temporarias como elementos inherentes al desarrollo y promotores del crecimiento mental. Por el contrario, se los percibe como peligrosos obstáculos que pueden llegar a interferir

las conductas de logro.

Para llevar a cabo las conductas de logro necesitan recurrir a una estricta negación de las emociones que pudieran ponerlos en riesgo de fracaso. Pero el cercenamiento de las funciones de auto percepción lleva a la limitación paralela de la investigación placentera de la realidad A través del órgano que enferma intentan recuperar la unidad psicosomática rota.

La pobreza de registros corporales y afectivos se expresa a nivel del pensamiento en restricción creativa y escasa originalidad, todo lo cual se traduce en falta de desarrollo del mundo de la imaginación. Desarrollan, en cambio, un tipo de fantaseo disociado, que se reduce a planeamientos y anticipaciones de actividades concretas. Son pensamientos carentes de juego imaginativo dramático y emocional.

#### **b) características e interacción de la pareja paterna**

Son parejas que mantienen una interacción sobre la base de roles fijos, rígida y masivamente diferenciados, entre ellos y en el contacto con los hijos. La madre es quien asume activamente el manejo y educación de los mismos; en cambio el padre, lejano, sólo se incluye en el vínculo indirectamente. La madre ocupa así el lugar central en las relaciones entre los miembros del grupo familiar, controlando las interacciones e impidiendo casi siempre el encuentro padre-hijo.

Fracasan en la inclusión del hijo en la red comunicación triangular, estereotipando relaciones diádicas que permanentemente excluyen a un tercero. Este papel de excluirlo es desempeñado en forma alterada o conjunta por el padre o por el paciente en distintos momentos de la relación.

**Madre del paciente psicosomático.** Es una madre que en un primer contacto aparece como alguien sacrificado y pendiente del desarrollo del hijo. Sin embargo, latentemente, es una figura imperativa e incapaz de empatía, que priva a su hijo tanto del contacto

emocional con ella misma como con el padre. La madre estabiliza su relación con el hijo sobre la base de una propuesta narcisista que supone una inversión de la relación madre-hijo desde el comienzo de la vida: el hijo es el encargado de calmar la ansiedad materna y satisfacerla a través de logros que colmen sus aspiraciones. Por esta distorsión básica estas madres presentan un serio fracaso para comprender las necesidades de amor y de descarga de ansiedad y agresión de su hijo, así como para graduar sus propias exigencias de acuerdo con las posibilidades del mismo.

**El padre del paciente psicossomático** presenta un tipo de fracaso específico en su función, se trata de un “padre inoperante”. Carente de peso y de fuerza, fracasa en incluirse activamente dentro del grupo familiar como otro diferenciado, incapaz de tomar decisiones sobre problemas evolutivos o conflictos emocionales.

La conducta real varia desde padres esquizoides alejados emocionalmente, hasta padres conectados empáticamente con el hijo pero sometidos a la ideología materna; y desde padres impulsivos, violentos, que sufren accesos de cólera, pero que son inoperantes para producir cambios, hasta padres perversos que establecen falsas interacciones amorosas con su pareja, depositando sentimientos de exclusión y celos de los hijos.

**El padre esquizoide** crea situaciones de ambigüedad y desconcierto por su condición de presente-ausente. En una entrevista diagnóstica puede ser un buen informante pero se excluye de las pautas de interacción. Constituye el típico observador no participante. Llega a percibir los aspectos patógenos del vínculo de la madre con el hijo y puede tener empatía con las necesidades de éste, pero no logra imponerse activamente para modificar dichas pautas.

Este tipo de padre hace alianza con aquellas características maternas que no

pueden dar cabida a los impulsos agresivos y hostiles del hijo. Las expresiones de enojo, decodificadas como algo inexplicable, los desubican y los llenan de perplejidad. Pero no se trata de padres sádicos, se da en ellos la imposibilidad de estructurar un circuito comunicacional donde haya lugar para la agresión asociada a un significado. Así por ejemplo, son incapaces de ligar una "rabieta" con la frustración que en el momento inmediato anterior promovieron en el niño.

**El padre impulsivo** tampoco permite la experiencia de regulación de la hostilidad, en tanto ocupa el lugar de otro hermanito que "estalla" y tiene "rabieta" infantiles. No podrá entonces lograr modificaciones de fondo en la interacción familiar. Sin embargo este papá da lugar a un mayor juego emocional y puede en oportunidades estar vivencialmente más cercano al hijo.

**El padre que ha establecido una alianza perversa con la madre** supone una mayor patología. Hace un uso sádico del niño, haciéndole sufrir la exclusión. Estos padres se ligan en una peculiar coalición, asentada sobre las bases de su propia conflictiva edípica no resuelta. Identificados con el agresor, sienten la necesidad de que el hijo se someta a la condición de tercero excluido.

Lo común en todos los casos, más allá de las variaciones clínicas, es que desde la perspectiva del hijo, son padres inoperantes en tanto apéndice de la madre.

El hijo percibe que aunque sus padres no logran unirse para criarlo, están fuertemente ligados por un pacto implícito que configura un área vincular de satisfacción entre los padres, a la que no tiene acceso.

Estos pacientes están frente a dos personas y un tipo de división de roles que por lo rígido y estereotipado, es aparentemente claro y ordenado.

**Se contraponen para el niño mensajes-mandatos** tales como "debes ser bueno, generoso, dependiente" y "debes defenderte", "desarrollar tu agresividad", "ser independiente". Estas contradicciones no lo son para los padres al referirse a

conductas en distintas áreas espaciales y en diferentes relaciones interpersonales. Así, "debes ser bueno, generoso dentro de la familia, con tus hermanos, con los adultos", pero "debes ser agresivo con otros chicos, en la escuela". Dependiente en cuanto al modelo que los padres exigen. Independiente en cuanto al manejo espacial y motor. El tipo de interacción familiar que presenta cierta ordenación de las contradicciones por áreas, permite al niño lograr un relativo grado de coherencia mental. Esto los diferencia de los cuadros de confusión y desorganización que produce la comunicación sobre la base de dobles mensajes. Otro elemento que otorga coherencia a estas contradicciones desde la perspectiva de los padres, es que siempre se organizan en función de promover un rompimiento de la emoción ("debes ser bueno") y de un ideal narcisista ("debes defenderte").

Estos pacientes tienen acceso a un orden, aunque con reglas rígidas y fijas, que dará lugar en la vida adulta a una "ritualización" de los contactos, privándolos notoriamente de espontaneidad. Saben cómo manejarse ante situaciones de interacción en las que los roles están claramente delineados porque se apoyan en elementos normativos. En cambio, se "sienten perdidos" cuando, por ejemplo, una relación cambia bruscamente de grado de intimidad.

La imposición del modelo de los padres se establece a través de emisiones verbales seudorracionales y altruistas -"Es por tu bien" que suponen una falsedad básica, por cuanto el objetivo es la satisfacción narcisista de los padres. Se reemplaza en la relación interpersonal, el "necesitas" por el "debes", "los chicos de tal edad necesitan" por "los chicos deben ser". Se trata de una interacción que se basa más en la sugestión de roles, que en la imposición abierta y agresiva, la que dejaría un área posible para la rebelión.

Los pacientes sobreadaptados han tenido **padres persecutoriamente presentes**, aunque como ya vimos, desconectados y abandonantes en el plano afectivo. No tienen otra posibilidad que responder a través de enfermedades, a los

conflictos emocionales que no pueden registrar y transmitir. Pero en tanto apelaron al código visceral, estas respuestas no llegaron a connotar un mensaje para los padres. Se transformaron así en los buenos hijos que a través de un pacto narcisista con sus progenitores, potenciaron mutuamente su omnipotencia, a costa del sufrimiento somático.

Estos niños detienen la descarga de agresión y se transforman en bebés agradables, "buenos", que crecen en apariencia sin dificultad y que no ofrecen resistencia a las exigencias de sobreadaptación que se les plantean.



## 4. IDEOLOGIA DE LA CRIANZA

Siguiendo con las ideas de LIBERMAN (1) y colaboradores, ciertas formas constantes del manejo parental en la evolución del paciente psicossomático responden a una ideología definida y coherente en si misma. Esta ideología conforma el contexto amplio de la crianza y es el fundamento que sustenta los reforzamientos o inhibiciones de áreas corporales y funcionales durante el desarrollo.

*El manejo parental* tienen normas precisas, por eso mientras el niño sigue el panorama materno, se le permite un área circunscripta de juego o de fantaseo, donde puede desarrollar un microespacio para sí mismo.

La ideología de crianza implica la conjunción constante de tres variables interrelacionadas:

1) **Imposición al hijo real de un modelo ideal previo**; 2) **imposición de este modelo en forma temprana**; y 3) **tendencia a recurrir a "soluciones prácticas" en el mundo exterior**, que serían equivalentes a un acting-out cada vez que en la evolución surgen conflictos emocionales.

La constancia de estas variables a lo largo del desarrollo configura un mensaje definido para el hijo.

La imposición y prematuridad constituyen una configuración que se inscribe de entrada en el vínculo y marca el camino de la sobreadaptación y la seudoidentidad, significa "*hacer antes de poder*" y "*no ser uno sino el pensado desde los padres*".

**La propuesta narcisista materna** no incluye la agresión o el odio como

---

<sup>1</sup>Cf. LIBERMAN, David, "*Del Cuerpo al Símbolo Sobreadaptación y Enfermedad Psicossomática*", Trieb, Buenos Aires, 2º Edición, 1986, Pag: 74 – 81

emociones inherentes al vínculo. Por esta razón, son madres intolerantes con las descargas agresivas del bebé. La imposición del modelo sobre el hijo real marca una patología básica en el proceso de diferenciación entre el yo y el objeto. Esta dificultad para discriminarse del objeto, es decir, de la madre va a dar por resultado en la vida adulta, la compulsión a responder a las necesidades de otras personas, sin registrar en cambio las propias.

Subyace una confusión de roles de la que resulta una inversión: los padres desean recuperar en el hijo el aspecto seguro, protector, sin miedo, del que carecieron ellos mismos.

**La precocidad** se expresa en una tendencia de los padres a saltar los momentos evolutivos de transición, que implican progresos y retrocesos, ejecuciones inicialmente torpes e ineficaces de la función, por fallas madurativas y de ejercitación. Estos momentos provocan en los padres angustia y rechazo a raíz de una seria distorsión del devenir temporal. Subyace en ellos una concepción estática del tiempo, por lo que no llegan a tener una perspectiva del desarrollo como un proceso que supone etapas, detenciones y transformaciones. No pueden esperar y fomentar, por lo tanto, sin capacidad de espera. Pierden de vista que las necesidades de contacto, la dependencia o la torpeza de un bebé disminuyen progresivamente, en interacción con la creciente madurez y el aprendizaje por la experiencia.

Tienen persecutoriamente presente la meta a la que sus hijos deben llegar y tratan de que desde bebés se amolden a estas características; si la meta es lograr un hijo con independencia y capacidad de desprendimiento, no satisfacen los pedidos de contacto del bebé para evitar que sea un chico "pegado". De este modo el niño en desarrollo se ve forzado a un crecimiento acelerado, sin un correlato madurativo auténtico.

Siguiendo la evolución de estos pacientes, vemos que la falta de capacidad materna para tolerar las crisis de crecimiento, da lugar por identificación en la

vida adulta, al reforzamiento del aspecto sobreadaptado de sus personalidades cuando ellos a su vez deben enfrentar situaciones de cambio, que implican reorganizaciones y reestructuraciones. Son intolerantes consigo mismos y no se permiten momentos de titubeos, de acomodaciones erróneas, correcciones y nuevos ajustes. Rechazan la idea de proceso en el aprendizaje. Todo lo deben "hacer bien de entrada\*" o "no lo podrán hacer nunca".

**La imposición y prematurez** implican evolutivamente una interferencia para el desarrollo de la noción de privacidad, en tanto que desde la perspectiva paterna se desestima y se transforma en carente de valor lo que emana de la interioridad del hijo. En el desarrollo de la personalidad, el reconocimiento de lo emanado del self auténtico es imprescindible para la consolidación de la identidad. En la evolución que describimos en cambio, se descalifica de entrada el "yo deseo", "yo necesito", "yo no puedo". En cambio se sobreestima el ajuste al modelo, el moldeamiento del interior por las normas y reglas provenientes del afuera bajo la forma de imposiciones superyoicas ("el deber"). Al mismo tiempo el temprano sometimiento que estos pacientes evidencian, les impide defender la privacidad al modo de los chicos normales: con oposición, pataleo, desobediencia, travesuras.

**La búsqueda de soluciones prácticas**, es otra variable de la ideología de la crianza. Cuando surgen conflictos emanados del mundo emocional. Son padres que se sienten impotentes y abrumados frente a las situaciones de ansiedad de sus hijos. Experimentan intenso alivio si pueden enfrentar el emergente psicológico a través de maniobras, actos concretos y rápida toma de decisiones.

Esta patología adquiere diferentes aspectos durante la evolución. Cuando el hijo es bebé intentan asociar el llanto a situaciones corporales concretas tales como hambre, sueño o dolor. Estas ligaduras, aunque sean fallidas, permiten a los padres apelar a recursos prácticos que alivian su propia ansiedad. Cuando el bebé crece, tienden a resolver cada crisis evolutiva también con modificaciones prácticas, que la mayoría de las veces implican incrementos de la situación de ansiedad. Así por ejemplo,

si el bebé comienza a llorar cuando la madre se va, se concluye que está "*excesivamente pegado*" y se toman decisiones como, por ejemplo, dejarlo unos días en casa de la abuela, o hacer un viaje sin el bebé. Si un deambulador da muestras de dependencia respecto a la madre, se lo envía a un jardín maternal. Si un niño de 3 años ha presentado altibajos para adaptarse al jardín de infantes, se lo envía además a la colonia de vacaciones y si uno de 6 tiene dificultad para enfrentar agresivamente a otros chicos, se lo envía a aprender judo. La mayoría de las veces "el método de curación" que los padres proponen consiste en "aumentar la dosis de la situación que promueve ansiedad".

Estas "*soluciones*" responden a la ***incapacidad familiar para contener los problemas emocionales***. Connotan para el hijo la propuesta de una desconexión del mundo interno y de huida "a" la realidad y "en" la realidad. *Se eluden de este modo los conflictos emocionales y se inscriben sucesivas situaciones de interacción iatrogénica*, que luego serán incorporadas por el paciente como tendencia permanente a forzarse en circunstancias que le son displacientes. Forman la base en la vida adulta de la intolerancia para aceptar los propios conflictos, ansiedades y temores. Son personas que carecen de registros fóbicos y de angustia señal y que por lo tanto se incluyen en situaciones nuevas, sin conectarse con los estados de ánimo que estos cambios generan en ellos.

*Estos pacientes desarrollan una ideología rígida en la que la "fuerza de voluntad" es un rasgo idealizado*, con el que contrarrestan el registro de emociones displacientes. Sobrevaloran como método para aliviar el temor, el "meter el cuerpo" en el área de realidad temida, sin registro de los mensajes corporales. Estiman que la repetición de la situación traumática permitirá "*acostumbrarse*" y "*perder el miedo*". Pero en tanto evitan la exploración del mundo emocional y de las raíces internas motivadoras de la ansiedad, no logran realizar auténticas transformaciones del afecto, teniendo como base sucesivas discriminaciones y rectificaciones realistas. Repiten la situación infantil de ajuste formal a la realidad y disociación de los afectos, que "*se pierden*" en tanto no logran ligarse con un significado. *Es el cuerpo quien responde con la enfermedad*.

## 5. MODELOS MATERNOS CORRELATIVOS CON LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA "MADRE METEBOMBAS" Y "MADRE-QUE-REBOTA".

A partir de la comparación de historias clínicas y de la construcción en análisis de niños y adultos. LIBERMAN (1) y sus colaboradores han aislado modelos maternos comunes en el desarrollo evolutivo de los pacientes psicossomáticos.

Han sido bebés conectados y tranquilos, que se ajustaron desde el primer mes de vida a horarios estrictos de alimentación, vigilia y sueño. Fueron lactantes poco estimulados corporalmente, que tuvieron pocas relaciones maternas de contacto, ejercitación y juego sensorial-proximal (tacto, olfato, gusto). Estuvieron en cambio estimulados visual y auditivamente.

La mayoría de estos niños caminaron pronto, pero en cambio, inhibieron el gateo.

En todos los casos el control de esfínteres fue precoz, coincidiendo en algunos pacientes con la deambulaci3n, mientras que en otros se instal3 con anterioridad. Observaron una llamativa ausencia de crisis emocionales. No presentaron resistencia ante los cambios con los métodos propuestos por los padres, ni manifestaron ansiedad frente a las experiencias de separaci3n. No se registran las crisis fóbricas típicas de la evolucion.

En cambio padecieron enfermedades recurrentes, problemas de alimentaci3n y episodios psicossomáticos, en algunos casos ya durante el primer ańo de vida, en otros a partir del comienzo del segundo ańo.

---

<sup>1</sup>Cf. LIBERMAN, David, "Del Cuerpo al Símbolo Sobreadaptaci3n y Enfermedad Psicossomática, Trieb, Buenos Aires, 2º Edici3n, 1986, Pag: 81 - 109

Se estereotipa una interacción patógena, entre una mamá que priva de satisfacciones sensoriales y de la ejercitación funcional de áreas corporales, y a un bebé que se “amolda”, no impone sus necesidades y responde de modo espectacular a los lineamientos maternos.

Observaron en todos los casos un fracaso materno inicial, que privó al hijo de experiencias de contacto de su cuerpo con el cuerpo de la madre. Fueron bebés atendidos en sus necesidades corporales básicas, pero desvinculadas de los aspectos emocionales de esas actividades.

Estos pacientes carecieron del conjunto de vínculos corporales cercanos con el madre, que convergen para el establecimiento de la simbiosis evolutiva normal, tal como la conceptualizó M. MAHLER (1). Sufrieron privaciones en la satisfacción de necesidades derivadas de la sensibilidad kinestésica, por déficit de experiencias de balanceo, sostén y movimiento rítmico en brazos del agente materno; de la sensibilidad táctil de superficie, por déficit de experiencias de contacto piel a piel y de exploración del cuerpo materno a través de la mano; de sensibilidad táctil profunda, por déficit en experiencias de ser sostenido y estrechado; de sensaciones de contacto y presión con la boca y experiencias táctiles y musculares relacionadas con la cavidad oral, por privación de experiencias de chupeteo, tironeo y juego de succión previo y posterior al amamantamiento.

Estas carencias están centradas en la dificultad de la madre para ofrecerse al bebé como sostén de necesidades corporales y emocionales primarias, ya que son madres incapaces de decodificar la búsqueda de placer y la necesidad de contacto y de descarga de agresión, como necesidades tan importantes como el hambre o el sueño en la evolución de la personalidad. Sin embargo, en tanto abrigan ambiciones excesivas respecto del crecimiento madurativo del hijo, mantienen un control permanente del cuerpo del bebé y su funcionamiento.

---

<sup>1</sup>Cf. MAHLER, M., “El nacimiento psicológico del infante Humano”, Marymar, Buenos Aires, 1977, Pag: 61 - 64

Esta conducta materna desafectivizada, pero con una conexión exigente y controladora con el cuerpo del bebé, incluye una propuesta de simbiosis con cualidades altamente narcisistas. En esta cualidad narcisista reside la patología específica de la relación. La actitud materna invierte los roles de la simbiosis normal y será el hijo el que deberá satisfacer las necesidades internas de la madre, mientras que sus propias necesidades permanecen sin contención.

Son madres con una seria incapacidad para ser receptivas con el hijo y contener sus descargas de ansiedad y de hostilidad. Reemplazan el uso instrumental de la intuición y de la empatía para amoldarse al hijo en crecimiento, por una activa tarea de "modelamiento" de las respuestas emocionales del bebé real, sobre la base de un "bebé ideal". El mismo no debe desorganizarse por ansiedad o, en todo caso, deberá calmarse a través de conductas concretas de alimentación, baño, cambio de posición o prácticas de higiene. No conciben el sufrimiento psíquico como inherente al desarrollo humano.

La madre del paciente psicossomático sobreadaptado tiene, en cambio, una ideología que, aunque distorsionada, es clara para ella. Está muy presente en el campo visual del bebé, rigurosamente conectada con los horarios de la comida, el baño, el sueño o la temperatura corporal. Pero fracasa en la comprensión de las ansiedades infantiles que rodean estas necesidades, y desconoce por carencia de empatía consigo misma y con el bebé, de qué necesidades corporales y emocionales conforman una unidad inseparable.

Desarrollan entonces un tipo de cuidado ritualizado a través de horarios fijos y ritmos prefijados. Presentan ellas mismas, como personas, una disociación rígida entre necesidades corporales básicas, a las que se debe atender en lo formal y necesidades emocionales, que son irrelevantes.

Desde la perspectiva de esta disociación rígida de la madre, es razonable para ella que el bebé llore porque necesita leche, pero no es razonable que llore porque

necesita mamá, brazos o contacto. Estos son motivos poco significativos. Satisfacerlos sería favorecer un mal desarrollo del hijo y "*encaminarlo*" hacia un tipo de personalidad dependiente y abusadora ("malcriarlo", "acostumbrarlo mal", "dejarse tomar el tiempo").

De este modo todo llanto que no pueda ser ligado con hambre, sueño o dolor físico, se transforma para la madre en un "*llanto sin motivo*", un "*llanto fuera de programa*". Se considera que esta es una característica fundamental en la patología vincular: *son madres que privan de significado a las expresiones emocionales del hijo*. Desde el bebé, el grito, el llanto. La protesta, el gesto, surgen a la espera del agente maternal que les de significado. En su lugar son despojados por la madre de la emoción genuina que les daría coherencia. Este despojo llevará al rompimiento de la emoción para evitar estados de ansiedad abrumadores.

Simultáneamente, *son madres que responden de un modo especular al desborde emocional del bebé*: la angustia del mismo es origen del desarrollo de su propia angustia. Estos llantos "*fuera de programación*" que no logran ser decodificados, provocan en ella estados de desorganización y angustia imponente, que necesitan frenar con urgencia, forzando al bebé a que detenga el llanto perturbador. Para ello apelan a acciones prácticas sobre el cuerpo del infantil.

Con respecto a los modelos vinculares maternos "madre que rebota" y "madre metebombas", propuestos por Liberman en relación a los "*llantos que están fuera de programa*". Una "**madre que rebota**" la angustia daría lugar a una conducta de ausencia de comprensión y preocupación ansiosa e imponente ("*No sé qué le pasa a este bebé, necesito que detenga su llanto*"). En cambio en la "**madre metebombas**" se producen estados de pánico que desbordan en violentos arranques corporales o verbales ("*Necesito que este bebé desaparezca porque es un objeto desorganizante y persecutorio*"). Esperan



que el niño sea un objeto estable, tranquilo y receptivo de sus identificaciones para mantener así el equilibrio de su mundo interno.

La “**madre que rebota**” es infantil y narcisista, permanece ajena a las necesidades emocionales del hijo. Puede llegar a ser tierna y juguetona, siempre que el niño no presente manifestaciones de ansiedad, que no pueda decodificar. Pero esto no ocurre a menudo, en la medida que su capacidad de empatía es baja y los momentos de desorganización del bebé son inicialmente frecuentes. Toda manifestación de ansiedad es vivida como una herida narcisista, como un fracaso personal en su rol, que la desanima y desorganiza. En la medida que no puede asumirse como objeto de hostilidad, la misma es desviada con premura hacia otros objetos.

En la “**madre metebombas**” se agrega a todo esto, la tendencia a contaminar sus propios sentimientos intolerables. Origina entonces una patología mucho más severa. Desde la perspectiva del bebé, la vivencia es que no solo sus necesidades rebotan en la madre, sino que la enloquecen y le despiertan sentimientos de odio violento. Quedara entonces inscripta en el niño la carencia de algo que nunca tuvo: el cariño de la madre, y tratara de entregarle su propio crecimiento, por temor a ser destruido por ella. En los relatos de estas madres es muy común relatos como éstos: “no me come”, “se me ahoga”, donde el lenguaje esta denunciando la investidura narcisista y el rol de apéndice que han designado al hijo.

*Ninguno de estos dos modelos de madre es capaz de decodificar las necesidades emocionales del hijo.*

La “**madre que rebota**” presenta un tipo de vinculo adhesivo a diferencia de la “**madre metebombas**” que contamina y desorganiza. A esta última están vinculadas las patologías mas serias, que revisten riesgo de muerte para el paciente, así como enfermedades de piel y de colágeno.

**El temprano amoldamiento a la exigencia maternal** es producto tanto de: 1) una temprana negación de la frustración y de los sentimientos displacenteros en el vínculo con la madre. La intolerancia a la frustración lleva a una precoz disociación del afecto, que no se registran e impiden el logro de conductas activas de búsqueda de modificaciones del objeto (llanto, pataleta).

2) Un intento desesperado por ocupar un lugar en el espacio mental materno, ocupado con un hijo ideal y expulsivo de un bebé con cualidades distintas a aquel. La expectativa de recibir amor de la madre es sustituida por la urgencia de tener que dar.

Son madres que no responden a la pregunta ¿"me quieres"?, sin referirse al lenguaje verbal, sino mas bien desde una perspectiva del hijo en relación al comportamiento de la madre tan persecutoriamente presente y tan ausente emocionalmente a la vez. Por lo que el niño se amoldaría a las exigencias de la madre con el fin de ganarse su aprobación, de no perder ese único objeto de protección que tiene.

Siguiendo con las características del vínculo materno-filial, y en lo que respecta a la lactancia, esta es una actividad puramente alimenticia, privada de las experiencias exploratorias y lúdicas que son inherentes a la relación simbiótica normal.

En lo que respecta al momento de la inclusión de alimentos sólidos, las mamás desarrollan un excesivo control sobre la mano del hijo, para impedir que toquen la comida. No toleran que al bebé la manipule con el consiguiente ensuciarse y ensuciar. La necesidad de alimentar ellas al hijo, con el plato lejos del alcance de éste, se racionaliza como el método más adecuado para "que el bebé se alimente lo necesario" o para evitar "perder el tiempo". Este tipo de racionalizaciones, son muy frecuentes. El control sobre la mano, instalado tan precozmente y que se mantiene como constante, impedirá luego el desarrollo de funciones manuales creativas y lúdicas.

En el **área del desarrollo motor** Liberman y colaboradores observaron la

conjunción constante de incapacidad materna para permitir experiencias de satisfacción corporal y de despliegue muscular. En efecto, a la ausencia prolongada de experiencias de ejercitación sensorio-muscular, se suma la activa tendencia a inmovilizar al bebé. Son niños a los que se los tiene poco en brazos, sólo lo necesario para cumplir con la alimentación, el baño o el cambio de pañales. Pasan mucho tiempo en la cuna, careciendo así de la vivencia de ser mecidos, arrullados y estimulados con juegos de movimiento y ritmo. Falta toda la gama de experiencias por las que el bebé, pueda sentirse "manoseado protegido, nombrado", indispensables para el desarrollo del sentimiento de integridad.

Desde muy pequeños fueron bebés con un tonismo muscular intensificado, reforzado por juegos maternos: los ponen "paraditos" en su falda, juegan a "hacerlos caminar".

Los padres inhiben el gateo lo que interfiere en la concepción del espacio específico de este momento, que es el espacio sensorio-motor. En esta etapa de la evolución los objetos son investigados, reconocidos y clasificados por el niño en función de las actividades que pueden hacerse con ellos. Hay objetos para chupar, comer, oler, para hacer rodar, para hacer ruido, para esconderse, para meter o meterse. Estas clasificaciones primarias ofrecen un campo de conocimiento y de ordenación de la realidad, que constituyen el núcleo de conceptualizaciones más abstractas, lo que se reflejara en conductas lúdicas empobrecidas y a deficiencias en la habilidad manual creativa expresada tanto en las construcciones espaciales como en las graficas

Los padres no toleran los momentos de transición, la torpeza motriz inicial, los altibajos, refuerzan la etapa anterior de inmovilidad hasta que el hijo pueda "*caminar bien*", evitando los tanteos y ensayos. Son padres intolerantes frente a las continuas variaciones que expresa el deambulador, deseo de ejercitar la capacidad de caminar, temor a caerse, necesidad de ser acompañado de la mano, necesidad de hacerlo solo, necesidad de ir y venir del suelo al "upa". Para la madre salir con un niño en estas condiciones implica una situación de angustia, por lo imprevisible de su conducta y por todo lo que pueda

aparecer "fuera de programa". Cuando esta ansiedad no es tolerada se busca una solución racional y coherente con la ideología de los padres: el bebé debe mantenerse en la sillita de paseo, que en ese momento se transforma en una silla de ruedas, un nuevo "corsé" para un hijo inmovilizado hasta que "camine bien y solo".

Un aspecto del control de la musculatura que merece un tratamiento específico es el **control de esfínteres**. El comienzo de la educación del control de esfínteres no deriva de signos de maduración del bebé, sino de circunstancias familiares

Es un momento evolutivo en que generalmente las exigencias se potencian: "*como ya camina debe controlar*", "*como es conveniente que entre a un jardín maternal sería muy bueno que controle*", "como va ha tener un hermanito sería mejor que controle"

La educación en el control de esfínteres resulta entonces rígida y temprana. En la mayoría de los casos toma la forma de reflejo condicionado; basado en horarios que fijaron los padres o en un desciframiento subjetivo de los gestos del niño.

Todo esto lleva a que estos pacientes no conciban la posibilidad de unir trabajo con placer. Valoran más "*hacer mucho*" que "*hacer disfrutando*".

Así mismo no se permiten actividades, por más placenteras que sean, que no jerarquicen el rendimiento y la utilidad.

Otro aspecto quizás más importante y central, es la incidencia evolutiva que este momento tiene con relación a la expresión de sus emociones. Son pacientes que experimentan intensos sentimientos de vergüenza y/o de humillación cuando una emoción escapa a su manejo y se expresa frente a otras personas.

**La socialización** del niño psicossomático presenta las; mismas características de precocidad y ausencia de etapas de transición y aprendizaje. Se acomodan sin aparente

ansiedad a las nuevas exigencias de su entorno. Es la contra partida de un niño fóbico. No presentan crisis de ansiedad, ni reclaman compañía. Sin embargo, ya a partir de los 3 ó 4 años comienzan a mostrar claros signos de limitación emocional. Son "*latentes*" prematuros que carecen de capacidad imaginativa y que no plantean juegos creativos y engramas motores para desplazarse con la libertad y gracia típica de esta edad.

La ausencia de registros fóbicos y de angustia señal los somete a permanentes situaciones, ahora de autoexigencia, que preparan el camino para nuevas somatizaciones.

## CONCLUSIONES

- 1) ***El papel de la madre es fundamental en el proceso de individuación, conformación y desarrollo de la unidad psicosomática del niño.*** Los cuidados repetidos de la madre, el hecho de alimentar al hijo, de cambiarlo, de bañarlo, de acunarlo, el comportamiento materno, en general, es el que va moldeando al niño. Estas actitudes van acompañadas según sea el temperamento de la madre, como cantarle canciones de cuna o decirle palabras afectuosas. Todo esto forma el clima emocional del niño. La satisfacción tanto de las necesidades corporales como emocionales establecen la unidad soma/psique, y conforman la estructura del yo.
  
- 2) ***Los pacientes psicosomáticos sobreadaptados son personalidades con un “self ambiental sobreadaptado” y un “self corporal sometido y repudiado”.*** En ellas el principio de realidad estaría no solo divorciado del principio del placer, sino en abierto enfrentamiento. El repudio del self corporal, que no logra representación simbólica en su aparato mental, las conduce a adoptar un plan de vida en la que no se conjugan objetivos con planes emocionales. La estereotipia de esta organización, en la que el ambiente se prestigia y la interioridad se anula, permite anticipar la posibilidad de severas crisis somáticas, aun en personas que manifiestan un “tranquilizador bienestar corporal” y un abierto orgullo por su capacidad de trabajo. Dentro de esta constelación mental, el síntoma somático toma el valor de una denuncia del grado masivo de postergación, a la que el cuerpo ha sido y es sometido.
  
- 3) ***El paciente psicosomático sobreadaptado está incluido en una familia que desde su inicio lo incluye en una red de interacción con una seria distorsión de base:*** el hijo que nace tiene como misión satisfacer las aspiraciones narcisistas de los padres. Estos padres se mantienen sobre la base de roles fijos, rígida y masivamente diferenciados. La madre de estos pacientes es una figura imperativa e incapaz de empatía, que priva a su hijo tanto, del

contacto emocional con ella misma como con el padre. Son padres persecutoriamente presentes, pero desconectados y abandonantes en el plano emocional.

- 4) ***Los padres de los pacientes psicossomáticos tienen una ideología de crianza que implica una conjunción de tres variables que se interrelacionan.*** Que sería: 1) la imposición al hijo real de un modelo ideal previo; 2) una imposición de este modelo en forma temprana; 3) y una tendencia a recurrir a “soluciones prácticas” en el mundo exterior. Estas soluciones responden a la incapacidad familiar para contener los problemas emocionales del niño.

## BIBLIOGRAFIA

1. BÉKEI, M., *“trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia”*, Nueva visión, Buenos Aires, 4º Edición 1992.
2. LIBERMAN, D., *“Del cuerpo al símbolo sobreadaptación y enfermedad psicossomática”*, Trieb, Buenos Aires, 2º Edición – 1986.
3. MAHLER, M., *“El nacimiento psicológico del infante humano”*, Marymar, Buenos Aires, 1977.
4. SPITZ, R., *“El primer año de vida del niño”*, Fondo de cultura económica, México, 1969.



