

*Psicoterapia madre-bebé. Acompañamiento en la escucha para “leer” al niño**

Raquel Huéscar Párraga**

Comenta Liset Álvarez de Castro-Palomino***



El día 28 de febrero del 2026 en el espacio del Ateneo Clínico se presentó un caso titulado: “Psicoterapia Madre-Bebé”, “Acompañamiento en la escucha para leer a un hijo”. El presente texto intentará dar cuenta de este encuentro, que fue muy enriquecedor y conmovedor a la vez, tanto para las que lo presentábamos, como para los asistentes.

1.) Presentación del Caso Clínico.

La psicoterapia perinatal plantea modos de mirar, escuchar e intervenir sobre la familia a lo largo de todo el ciclo vital. Nos centraremos en el trabajo clínico en la psicoterapia de una madre, un padre y su bebé.

Para ilustrarlo, me gustaría comenzar con una historia. En el desierto de Gobi, al sur de Mongolia, una familia de pastores nómadas ayuda a los nacimientos a una manada de camellos. Una camella tuvo problemas en el parto, un parto muy doloroso que le produjo un rechazo a acercarse a su cría. Le da patadas y la aparta cuando ésta se acerca. Me gustaría que imaginásemos la escena, la cría de camello persigue a su madre, llora, pero sin éxito acaba finalmente alejándose. La familia de nómadas toma la tarea de reunirlos. Traen a un músico de un pueblo cercano, que comienza a tocar una melodía repetitiva, de cuerda, además de colgarle en la joroba un instrumento a la camella. Mientras, una mujer de la familia se encarga de intentar acercar a

la cría y acaricia a la camella susurrándole consuelo. Entonces, la camella comienza a llorar escuchando la música, lo que permite que la cría se acerque, iniciando la lactancia.

Esta maravilla de la antropología, es un fragmento del documental llamado “la historia del camello que llora” y que puede servirnos para observar y comprender muchos de los sentimientos que tienen tanto la madre (o un cuidador/a), que rechaza al hijo porque se encuentra dolorida; la cría de camello rechazada, que acaba alejándose de su madre, y la comunidad (simbolizada en la mujer y en los músicos), podríamos pensar en los terapeutas también, que intentan acercarlos para que se desencadene la conducta de maternaje.

A lo largo de la presentación de esta viñeta clínica proponemos una manera de pensar acerca de nuestra mirada sobre la relación madre-bebé y una pequeña propuesta sobre su abordaje.

1.1) Introducción

Los bebés son los grandes enigmas. En presencia de un bebé, afirmaba Daniel Stern, nos vemos obligados a inventar sus mundos interiores.

¿Cómo han de ser mirados los bebés? ¿Con qué capacidades cuentan? ¿Podemos imaginarnos sus capacidades mentales, cognitivas, atencionales o de relación? ¿Poseen defensas? ¿O hemos de mirarlos siempre en relación con otro?

«No existe tal cosa como un bebé. Siempre que se encuentra un bebé, se encuentra el cuidado materno, y sin el cuidado materno no habría ningún bebé» (Winnicott, 1975). Pero también, cuando una madre consulta en puerperio, ahí tenemos a un bebé con ella. Esté o no esté presente en la escena.

1.2.) Análisis de la demanda

María acude a consulta en el puerperio inmediato atravesando una intensa angustia, con dificultades para tranquilizar a su bebé y sin poder conciliar el sueño cuando tiene la oportunidad de hacerlo. El nacimiento de su hija ha reactivado aspectos dolorosos de su propia historia personal, lo que se manifiesta tanto en síntomas físicos como en un profundo malestar emocional.

Por su parte, la bebé, que tiene tres meses al momento de la consulta, presenta irritabilidad y problemas en la alimentación. Actualmente se encuentra con lactancia materna exclusiva.

En ocasiones, la mastitis plantea una desregulación entre lo que ofrece la madre y lo que puede recibir el bebé. Al margen de lo biológico, donde se inflama la glándula mamaria con o sin infección, la lactancia desde lo simbólico muestra alguna forma de “obstrucción” en la relación. Nos preguntamos, ¿lo somático nos expresa algo del conflicto de relación entre madre e hija? ¿Cómo vive esta madre la dependencia de su bebé? ¿El nutrir, estar y por otro lado el rechazo que le genera?

Las demandas del bebé pueden vivirse como “agresiones”, “el bebé me grita” “me agrede” “me hace daño” o “no es normal”.

En ocasiones, nos encontramos que las madres no encuentran consuelo en su pareja o en alguien de la familia. Acaban visitando con recurrencia al pediatra, que muchas veces no pueden registrar la emoción que subyace y acaban restando importancia a lo que ocurre. Lo psíquico de la madre, el bebé o la relación es invisible para muchos, aunque se grite en malestares.

La ausencia de experiencias placenteras en el vínculo con el bebé constituye una señal de alarma. Sin embargo, debido a las fuertes expectativas sociales que recaen sobre la maternidad, a muchas mujeres les resulta difícil expresar este malestar abiertamente.

1.3.) Familia de origen

Con el deseo de un hijo aparece una mirada hacia la propia familia, especialmente hacia la propia madre. Pensemos en cuánto de la historia familiar se pone en juego, ¿cómo vivió la propia madre la maternidad? ¿cómo fue el embarazo? ¿hubo alguna pérdida antes? Maternar sin la propia madre se hace especialmente difícil. Pensemos en María, acaba de ser madre sin muchos apoyos y perdió a su madre con 21 años, tras una larga enfermedad que la dejó postrada en la cama durante nueve años. Un duelo sin muchas palabras que, al nacer su hija, se reabre.

La relación madre-hija la describe compleja, con mucha angustia, donde María resultaba muy irritante para ella, donde se pedía que “no molestara” a su madre, dada su fragilidad. María cuando coge en brazos a su bebé, acoge también su propia historia como hija. Se siente incapaz, falta, diferente a las demás. No encuentra la calma ni sola ni con su hija.

¿Se puede ofrecer lo que nunca se ha recibido? ¿Puede constituir el espacio terapéutico un lugar de maternaje?

Ella incorporó la etiqueta de “incapaz” a su vida, por lo que piensa que ya sabiendo esto, no tenía que haber sido madre. Su ansiedad ha sido muy incapacitante toda la vida no sabe por qué accedió a la petición de su pareja.

El narcisismo de la madre está profundamente dañado, no se cree válida para sus funciones. ¿O es el rechazo sufrido de niña lo que le ha hecho introyectar una crítica tan dura?

1.4.) Encuadre

Se propone un trabajo de una sesión semanal presencial en la que, en muchas ocasiones se harán de forma conjunta, madre-bebé; madre-padre-bebé o de forma individual.

1.4.1) Primeras sesiones

Las primeras sesiones con María eran una descarga de angustia.

Dada la gran dificultad para dormir cuando podía y la multitud de síntomas físicos, incido especialmente en la derivación a una psiquiatra, pese a sus resistencias por la preocupación que pudiera afectar en la lactancia a su bebé. Finalmente consulta con una persona especializada con la que me coordino.

Siempre tuve en mente a su bebé. ¿Cómo encontrar la calma con una madre tan desbordada? ¿quién se estaba haciendo cargo de la bebé? ¿Cómo estaría sintiéndose?

La descripción que María realiza de su bebé es de agresión, con la convicción absoluta de que su hija no es normal, ya que no duerme, llora muchísimo y le

cuesta la lactancia.

En estos primeros momentos el trabajo se centró en la contención emocional. El espacio terapéutico era un espacio de descarga, calma, que no dejaba mucho más para elaborar, unir, avanzar. ¿Qué tsunami interno se abre dentro de María ante el llanto de su hija? ¿Estamos ante la niña pequeña que no encuentra consuelo? ¿Esa niña difícil, que irritaba a su madre? ¿O era la única manera de ser vista ante una madre postrada? En la consulta no hay espacio para la intervención, en estos primeros momentos la contención emocional era urgente.

En el trabajo perinatal hay aspectos que salen del encuadre, en algún caso intervenciones en hospitales cuando la madre se encuentra muy mal, a pie de cuna. En este caso, animé especialmente a buscar ayuda o apoyos en casa y en el cuidado de la niña. Mientras avanza el tratamiento, alguien tiene que hacerse cargo de su bebé.

Una situación que ocurre con relativa frecuencia es que bajo esa irritabilidad de la niña había cierta condición médica influyendo. Se detecta algún tipo de alergia en la bebé.

Si pensamos desde el psicoanálisis, ¿qué estaba pasando con la relación de la lactante y su madre? ¿No es la lactancia la primera forma de relación amorosa? Hay algo que a la niña le cuesta “asimilar” de su madre. ¿Cómo percibe la niña la angustia materna? Al margen de lo biológico, si miramos más allá, ¿no es una manera del bebé de alejarse y expresar su malestar, como el camello rechazado?

Me pregunto también, ¿quién es el bebé aquí?

Winnicott en su trabajo “La lactancia natural como forma de comunicación” expresa: “Junto con la alimentación fisiológica común, añade-hay un ingerir, digerir, retener y rechazar relativo a cosas, personas y hechos [...]. Aunque el niño crece y se torna capaz de desarrollar otros tipos de relación, esa relación temprana persiste durante toda la vida en mayor o menor grado”-concluye (Winnicott, 1941).

Así que madre e hija (y la ausencia de un tercero que contenga) parece que muestran cierto desajuste en la relación.

Bernard Golse, psiquiatra infanto-juvenil y psicoanalista referente en perinatalidad, plantea que en lo que respecta a la transmisión intergeneracional, el esquema es ascendente y descendente. La organización psíquica de los padres influye evidentemente en las interacciones con su hijo y, por tanto, en la organización psíquica de este; pero el funcionamiento psíquico del niño (su temperamento, la naturaleza de su sistema proyectivo, las características de sus modalidades personales de apego, su estilo de sintonización afectiva...) también es susceptible de influir en el funcionamiento de sus padres y de volverlos más o menos seguros o inseguros, independientemente del tipo de hijos que

ellos mismos hayan sido, o que imaginen (esperen o teman) haber sido.

«El niño hace madre a su madre», decía Serge Lebovici, lo que ya iba en el sentido de esta hipótesis de una transmisión intergeneracional ascendente.

Por lo que la historia se co-construye entre los niños y los adultos, es fruto de la coescritura activa.

Golse cita a Bernard Doray, psiquiatra y antropólogo, que afirmó en una ocasión esta bonita frase: «Llegará un día en que se sabrá injertar todo: hígados, corazones, riñones, pulmones... pero hay una cosa que, sin duda, nunca sabremos hacer —y quizá afortunadamente—: injertos de historia...»

¿No es lo biológico en este sentido un elemento de vulnerabilidad que despierta los fantasmas en su madre? ¿Cuántas situaciones advienen en el transitar del deseo de tener hijos, embarazo, parto o posparto que reactivan elementos de la propia historia?

En el planteamiento de las sesiones, me empiezo a preguntar sobre cuánto tiempo es necesaria la descarga emocional, si así es posible un trabajo analítico y cuál es el lugar que ocupo yo para ella, si algo de lo que yo le devuelvo puede incorporarlo. ¿No será algo parecido a lo que yo siento con ella lo que siente esta bebé con su madre? No hay espacio para un otro.

Nombrar este aspecto pone la psicoterapia en otro punto, como mínimo el encuadre ha de ser una vez por semana, minimizando los cambios. Es importante priorizar la forma de trabajo. Hablamos de los temas económicos para hacerlo viable. Es importante poder revisar su historia, algo de su “ser niña” o de su propia madre se hace presente en la interacción actual.

Para que no se sienta atacada o señalada y se defienda, necesito establecer una buena alianza.

Entramos en una regularidad en las sesiones. Ella siempre necesita descargar al principio, pero comienza un trabajo de asociación, en las primeras sesiones empieza a aparecer algo del cambio.

A lo largo de las sesiones comienzan a aparecer ciertos recuerdos traumáticos vividos, en relación con su familia, su madre, padre o hermanos. No obstante, no basta con el recuerdo (que ya estaba), lo importante para la elaboración es la conexión con la emoción sentida de niña. Poder atravesar ese dolor, la sensación de abandono, de rabia o tristeza. Desde ahí podemos hacer un cambio.

Selma Fraiberg en su texto “Fantasmas en la guardería” afirmaba “¿Qué es lo que determina si el pasado conflictivo del padre se repetirá con su hijo? ¿Es el principal determinante la morbilidad en la historia de los padres? Esto nos parece demasiado simple. Es cierto que todos conocemos familias en las que una historia paternal de tragedia, crueldad y pena no ha

sido infligida a los niños. Los fantasmas no inundan la guardería ni debilitan los vínculos de amor.

Los fantasmas simbolizan cómo el pasado se repite en el presente. Gracias al método que desarrolló Freud, podemos rescatar experiencias pasadas y aliviar sus efectos dañinos en la actualidad. Sin embargo, aunque muchas personas sufren las huellas de conflictos heredados, especialmente de figuras parentales, los bebés han sido de los últimos en beneficiarse de los avances del psicoanálisis y la psicología del desarrollo. Esta paciente, incapaz de expresarse con palabras, ha tenido que esperar a que alguien pueda hablar en su nombre.

Hoy sabemos que los cuidadores tienden a repetir experiencias traumáticas tempranas cuando estas permanecen evitadas y no se hablan. El “olvido” puede servir como defensa para sobrevivir al trauma, ya que protege de recuerdos y emociones dolorosas; sin embargo, cuando esos contenidos reaparecen más adelante, las reacciones traumáticas no resueltas pueden reproducirse de forma inconsciente en la relación con los hijos.

El modelo de Fraiberg, conocido como psicoterapia infanto-parental, busca acompañar a los cuidadores para que conecten con lo que sintieron cuando fueron heridos o tuvieron miedo. Al lograrlo, pueden comprender mejor las emociones de sus hijos y evitar causarles un daño similar al que ellos mismos vivieron.

En realidad, los recuerdos no desaparecen; lo que suele quedar reprimido es la carga emocional asociada a ellos. Cuando en terapia esos afectos se activan y los padres pueden experimentarlos nuevamente en un entorno seguro, dejan de necesitar expresarlos a través de sus hijos. Así, pueden tomar distancia y decidir: “no quiero que mi hijo pase por esto”. En este proceso, el terapeuta actúa como un testigo que reconoce el dolor, lo valida y lo transforma en algo más manejable para quien lo ha sufrido.

La historia no es el destino.

¿No será el llanto continuo de esta bebé la necesidad de hacerse escuchar de su madre (con su propia madre)? ¿Es la queja y lloro de María en las sesiones la necesidad de ser escuchada, vista y reconocida en algún espacio? ¿Cuáles son los fantasmas que aquí aparecen, su madre, ella de bebé, que no dejan leer las señales?

1.4.2.) Convocar a las sesiones al bebé

Decido entonces insistir de nuevo convocar al bebé a la sesión. Me parece importante observar la díada (o la tríada) en sesión, poder acceder a lo que ocurre, trabajar en la relación.

Frente a la descripción de su madre, Sara (la bebé) aparece en su carro, levemente incorporada, seria, con un saco de invierno, muy abrigada. Me mira y mira a su madre. Me llama la atención su inmovilidad. Frente

al discurso de su madre, Sara se muestra radicalmente contraria a lo que viene describiendo.

¿Qué puede estar percibiendo un bebé con cinco meses en un lugar extraño y con una persona que no conoce? Un lugar donde vienen a hablar de ella.

Incluir al bebé, darle espacio permite establecer un momento especial, el de la «atención focal compartida», donde los ojos de la pareja se dirigen simultáneamente hacia el bebé. Allí, el bebé recupera un lugar privilegiado y, a menudo, es un momento de construcción e interpretación.

Me dirijo a Sara y me presento: “Sara soy Raquel, me alegra mucho conocerte, había oído hablar mucho de ti”.

Dirigirse a los bebés generó en la madre sorpresa, a lo que en seguida respondió su madre “Sara dile hola a Raquel”.

Mientras su madre relata su día, con algunos problemas, Sara se muestra inmóvil, mira a su madre, no se queja, no mueve las extremidades, casi ni parpadea.

Me llama la atención lo tranquila que parece Sara y le digo: “A lo mejor estás un poco asustada”

A lo que responde su madre, “fuera de casa está mejor”.

En esta sesión intento equilibrar el discurso de María, su marido y el bebé; intento ofrecer un espacio de expresión y ofrecer palabras a Sara sobre lo que puede estar sintiendo.

Pero hay algo que me llama la atención especialmente a punto de finalizar la sesión. María me dice que hace calor, que por favor si puedo bajar la calefacción que para la niña es demasiado. Me llama la atención que me pida algo, pero que no le quite el saco a la niña. Es un hecho que registro, pero del que no intervengo. Sara es también mi paciente, una paciente que expresa a través de su cuerpo, su mirada, pero que todavía no habla.

Es importante “frenarse” en algunas intervenciones con los bebés. Cuando se interviene en el cuidado del bebé, no estaríamos más que confirmando que su madre es un desastre (tal y como ella piensa) y que “otras” lo hacen mejor (imagen idealizada de otras madres y otros bebés).

¿Cómo esta madre mentaliza sobre su hija? Está pudiendo pensar en ella y hacer algo en consecuencia, pero ¿es el otro el que cuida? ¿Hay algo que no puede sostener del otro? ¿Se reedita algo de su propia historia como hija en su lugar como madre?

Me pregunto si esta es la manera en la que ella ha sido cuidada, organizar para que todo esté para ella, pero desatendiendo lo emocional. Hacen que las cosas ocurran en mediación de otro.

Por otro lado, me llama la atención la inmovilidad de Sara. No se queja, no tiene chupete, sigue “congelada”. No aparece entretenida con algo en las manos, no las mueve dentro del saco. No reacciona a mi sonrisa. Ninguna vocalización espontánea, ninguna sonrisa. Tengo que realizar muchos esfuerzos para captar su atención.

¿Podemos hablar ya de comportamientos sobre adaptativos? Es como si oscilara de periodos de “desconexión” a periodos de mucha reactividad.

La escala de evaluación ADBB desarrollada por Antoine Guedenay, psiquiatra y psicoanalista, nos ayuda a observar síntomas precoces de retraimiento relacional y emocional en bebés hasta los 24 meses. Afirmaba: “prestarle atención al bebé es el primer paso para resolver cualquier problema”.

Es un primer contacto, pero me hace sospechar que el sufrimiento es importante.

Según Pascual Palau Subiela (2023), en los primeros momentos tras el nacimiento, el bebé puede verse desbordado por estímulos sensoriales y emocionales que aún no es capaz de procesar a nivel psíquico ni cerebral. Ante esta sobrecarga, pone en marcha defensas muy primitivas destinadas a regular su estado interno. Cuando estas respuestas se mantienen en contextos de exceso o carencia de estimulación, pueden afectar negativamente al desarrollo global (psíquico, corporal y neurológico) aumentando el riesgo de dificultades tanto a corto como a largo plazo: problemas psicosomáticos, alteraciones en la alimentación y el sueño, retraimiento en el vínculo, dificultades de apego, síntomas ansiosos o depresivos y trastornos atencionales o conductuales.

Palau señala “si no existe el anhelo por el gusto no se experimentará su pérdida”. En este sentido, durante la constitución del narcisismo primario, el bebé puede renunciar a sostener el deseo como una forma de evitar el sufrimiento que implicaría perder aquello que lo satisface. Si a esto se suma la falta de experiencias tempranas suficientemente adecuadas, el desarrollo puede verse alterado. De este modo, la dificultad no radica solo en la pérdida del objeto, sino también en la imposibilidad para mantener internamente el deseo y el vínculo con este.

Además, pueden aparecer fuertes dinámicas de autorrechazo, en las que la propia expresión se vive como algo que molesta o es rechazado por el otro. Por ello, resulta clave la experiencia de poder mostrarse y ser aceptado en la relación.

Desde una perspectiva terapéutica, la intervención se enfoca en comprender de qué manera las vivencias inconscientes de los padres impactan en el niño, a menudo repitiendo dinámicas de malestar. En este marco, el bebé cumple una función clave como mediador o activador de estos contenidos durante el proceso terapéutico, tal como plantean Selma Fraiberg (1980) y Alicia Lieberman (2008).

Decido entonces tener más sesiones incluyendo al bebé. Me centraré específicamente en una, en la que Sara ya tiene 10 meses y deambula por la sala. Mientras va explorando y sacando muñecos de una caja, sus padres relatan cómo se encuentran y sus dificultades.

En esta sesión hay silencios, que interpreto como positivos. Hay algo de reflexión, no es una descarga. Sara gatea y se va agarrando a los muebles para ponerse de pie. Con uno de los objetos golpea a los muebles.

María ocupa mucho espacio en la sesión, interrumpe... El padre está inhibido.

Empiezo a incluir la voz de lo que interpreto sobre Sara, intentando poner voz al bebé.

Veo a una María más amable, con la niña hay mirada, hay interacción. Se lo verbalizo en la sesión: “qué a gusto se ve a Sara con vosotros”. Observo una dinámica familiar tranquila.

Al pasar unos 40 minutos, Sara después de explorar toda la sala comienza a llorar y tirar los brazos a su madre, a lo que ella responde mirándome, “ves, cuando se pone así es que no puedo, es insoportable”. Comienza a preguntarme, “¿no sé qué le pasa?”. Yo le digo, “quiero que me cojas mamá” “estoy cansada de estar aquí”. Cuando la coge, “ahora quiere que me levante, seguro” “yo así no puedo estar todo el día”. Yo le devuelvo, “estoy cansada mamá”.

“Qué bien que se dirige a ti cuando no se encuentra bien. Parece que encuentra calma”

Resignificar el lloro de la niña es importante: “la niña llora porque te quiere”.

¿Por qué esa necesidad de suprimir los afectos negativos? ¿Qué ocurre con la experiencia frustrante de la niña y de la madre? ¿Qué hace el padre con ello?

¿Cómo se sentía María ante el “taparle la boca” de su familia?

Para ella la queja es agresión. Si alguien te grita cerca es que te está agrediendo.

- Le pregunto a Sara: “¿Qué despierta en ti su llanto?”
- Siento una bola en el estómago de fuego. No puedo.
- Por eso intentas alejarte, mueve un tsunami dentro de ti. Tú quieres separarte de la angustia. ¿Qué haces tú mientras ocurre esto? Incluyendo al padre.
- Hago lo que puedo, pero cuando está María, ella demanda a su madre.
- Vamos a ver si podemos adivinar un poquito qué le pasa a Sara. María sigue con la niña en brazos. “Estoy cansada mamá” “soy pequeña para estar tanto tiempo en un sitio” “me inquieto”.

- ¿Cómo sigue el fuego interno María? ¿Ves cómo se calma contigo?

En las siguientes sesiones trabajamos en individual lo que ha generado en ella esta sesión, cómo diferenciar el tsunami interno y la expresión de Sara.

Con el tiempo hay un cambio en el padre, comienza a hacerse cargo de la niña de forma más activa. ¿Asistimos al nacimiento de la función paterna?

Entre madre e hija hay un juego compartido los sábados por la mañana, surgen momentos de placer. La nota cambiada, está calmada.

Desde el principio María acallaba la expresión de su hija, intentando suprimir tempranamente los afectos, ligados al displacer, debilidad. Si no se puede mostrar la frustración con el otro, ¿permitimos la investidura del objeto?

Una familia que tapa la boca al otro, que medicaliza el malestar cuando molesta. Investir a la madre con su carga emocional asociada implica poder amarla y odiarla. Cuando se minimiza o rechaza tampoco se puede elaborar simbólicamente. Sólo puedo ser amada si no molesto, si no pido, si no me quejo. ¿No es la frustración constante una forma de no diferenciación?

Esta familia consiguió salir del círculo vicioso relacional donde la angustia en la diada era muy grande, dificultando encontrar el placer y disfrute.

Para concluir, me gustaría hacer hincapié en la importancia de tolerar el llanto del bebé, lo importante que es poder acompañarlo con cariño.

Allí donde el niño puede llorar sin perder al otro, comienza a nacer su mundo interno.

Reflexiones sobre Psicoterapia madre-bebé. Acompañamiento en la escucha para “leer” al niño.

2.) Comentario al caso.

2.1.) Introducción:

Este caso nos permite pensar la especificidad de un dispositivo en el que, más que dos, se configuran tres pacientes: la madre, el bebé y el vínculo que ambos constituyen. Esta tríada conforma una unidad funcional en la que la diada madre-bebé opera como primer organizador de la vida psíquica. No se trata, por tanto, de dos sujetos diferenciados en interacción, sino de un campo relacional originario en el que la distinción yo-no yo aún no se encuentra constituida.

La primera consulta tiene lugar en el contexto de un posparto inmediato, atravesado por una angustia masiva en la madre, que se expresa tanto en síntomas somáticos (diarrea, mareos, temblores, visión borrosa) como en una vivencia de incapacidad para ejercer la función materna, especialmente en lo relativo a la tolerancia del llanto de la bebé. Este último es percibido como agresivo, invasivo y persecutorio: “me grita”, “me ahoga”, “no es normal”.

2.2.) El primer desencuentro: el amamantamiento

Las dificultades vinculares se manifiestan tempranamente en torno a la lactancia. Se articula aquí un doble registro de dolor: por un lado, una bebé con alergia, que responde con cólicos, llanto e irritabilidad tras cada toma; por otro, una madre que padece mastitis. Esta convergencia invita a interrogar

la resonancia entre dolor físico y sufrimiento psíquico.

Si consideramos la lactancia como uno de los primeros organizadores del apego, este inicio se encuentra marcado por una experiencia displacentera compartida. Desde una lectura kleiniana clásica, el encuentro con el pecho —lejos de constituirse como fuente de satisfacción— queda asociado a secuencias de malestar, dolor e irritación. (Hinshelwood, 1999). En la madre emergen vivencias de frustración, rechazo y angustia; en la bebé, estados de tensión y desorganización. Ambos sujetos en este caso pueden experimentar al otro como fuente de agresión.

El llanto prolongado del lactante puede suscitar en la madre fantasías de aniquilación del objeto, en tanto origen del sufrimiento. En este sentido, los cólicos del lactante constituyen un factor clínico relevante en la génesis de las denominadas fobias de impulsión (Fairbrother y Woody, 2008). Cuando el llanto no es contenido, acompañado y simbolizado, puede derivar en retraimiento en la bebé, al tiempo que intensifica el sufrimiento compartido en un momento de alta vulnerabilidad psíquica.

2.3.) El encuentro con la maternidad: duelo, transparencia psíquica y transmisión transgeneracional

El concepto de transparencia psíquica, introducido por Monique Bydlowski (2007) resulta fundamental para comprender este caso. Se trata de un estado psíquico propio del embarazo y el periodo perinatal,

caracterizado por una disminución de las defensas habituales y una mayor permeabilidad entre lo consciente y lo inconsciente.

Este estado no constituye una regresión patológica, sino una reorganización estructural que permite la reactivación de contenidos infantiles no elaborados: identificaciones primarias, fantasías edípicas y preedípicas, así como conflictos no resueltos. Clínicamente, se manifiesta en una mayor labilidad emocional, intensificación de las fantasías relativas al cuerpo y la filiación, y un aumento de la sugestionabilidad.

La función de este proceso radica en posibilitar la revisión de los lazos primarios, facilitando así la construcción del vínculo con el recién nacido. Sin embargo, esta apertura también favorece la emergencia de contenidos transgeneracionales: la llegada de un hijo reactiva la historia psíquica familiar, inscribiendo a la bebé en una cadena de significaciones previas.

En el caso presentado, la angustia de la madre parece exceder la preocupación maternal primaria, adquiriendo tonalidades más arcaicas. Diversas hipótesis se abren sobre, qué es lo insostenible de la angustia de la paciente: ¿el duelo por una madre enferma?, ¿la vivencia de maternar sin sostén materno?, ¿la envidia hacia el la bebé por “tener madre”?, o ¿la reactivación de identificaciones infantiles asociadas a una representación de sí misma como “niña difícil”? Asimismo, podría pensarse en la reactivación de experiencias tempranas de angustia no simbolizada, ligadas al temor de pérdida.

En este contexto, la capacidad de mentalización se encuentra severamente comprometida. La bebé deviene soporte de proyecciones masivas, ocupando un lugar que no es el de un otro diferenciado, sino el de un objeto cargado de significaciones inconscientes. De este modo, se le atribuyen intencionalidades propias de un sujeto adulto: “me agrede”, “me manipula”, “me rechaza”.

2.4.) El llanto del bebé: funciones y significación

Siguiendo a Serge Lebovici, es necesario subrayar que no solo la madre constituye al niño, sino que el niño también constituye a la madre. En este caso, el llanto incesante de la bebé actúa como desencadenante de la escena psíquica en la que se despliegan los conflictos transgeneracionales.

El llanto es el lenguaje primordial del recién nacido, una vía de expresión tanto de necesidades fisiológicas como de estados afectivos displacenteros. Asimismo, cumple una función de descarga sensoriomotriz ante la sobrecarga de estímulos. La semiología del llanto es heterogénea e incluye causas diversas: hambre, incomodidad, sueño, dolor físico, alteraciones del entorno, así como experiencias emocionales de angustia o sobreestimulación. En este sentido, el llanto también puede expresar un malestar psíquico vivido en el cuerpo (Palau, 2023).

El recién nacido requiere una respuesta contingente e inmediata; no dispone aún de recursos de autorregulación. La ausencia de respuesta incrementa la tensión interna y puede derivar en manifestaciones somáticas. Sin embargo, no se trata simplemente de acallar el llanto, sino de acompañarlo y simbolizarlo: sostener a la bebé, poner en palabras su experiencia y ofrecerle una lectura afectiva de lo que le ocurre.

En el caso presentado, la madre no logra ofrecer esta función de contención simbólica. Se plantea entonces si el llanto de la bebé expresa únicamente su malestar o si, además, vehiculiza aspectos no elaborados de la historia materna. A su vez, el llanto de la madre en sesión puede ser leído como una demanda de reconocimiento y sostén.

2.5.) El trabajo terapéutico y la transferencia

2.5.1.) La función de sostén

Una escena clínica resulta particularmente significativa: la bebé llora y extiende los brazos hacia su madre, quien responde: “¿Ves? Cuando se pone así, no puedo”. Esta escena, articulada con un recuerdo infantil traumático de la paciente —la madre enferma postrada en una cama—, permite pensar el caso en torno al eje de los significantes “sostenerse / dejarse caer”.

La intervención terapéutica se orienta hacia la función de sostén, evitando una posición centrada en el “hacer” (aconsejar, instruir) para privilegiar una disponibilidad psíquica que permita contener la angustia masiva de la paciente, incluso en sus manifestaciones más disruptivas.

2.5.2.) Transferencia

La demanda transferencial se organiza en torno a la necesidad de ser sostenida por un otro encarnado. La paciente requiere la presencia corporal de la terapeuta, configurando el encuadre como un espacio continente capaz de alojar su angustia sin responder con rechazo o contraataque, sin responder a su agresión con agresión.

Con todo esto la apuesta analítica es la de “sostener” y no la de “arreglar”. El peligro de querer arreglar sería responder a la demanda de la paciente desde el orden del “hacer”, “dar consejos” o “enseñar técnicas”.

Se subraya, asimismo, otro riesgo, de que la terapeuta ocupe el lugar de “madre ideal” en las intervenciones con la bebé, lo que exige una posición técnica de prudencia y abstinencia.

2.6.) El lugar del bebé en el dispositivo terapéutico

La bebé es considerado paciente en tanto inscrito en un vínculo. La intervención no se dirige a un sujeto aislado, sino al campo relacional. En este sentido la terapeuta nos dice: “La bebé también es mi paciente”.

2.6.1.) En las sesiones con la madre

Se trabaja a partir de las representaciones maternas de la bebé, explorando las atribuciones que realiza (“es demandante”, “me rechaza”) y los contenidos infantiles que se reactivan. La intervención apunta a diferenciar al bebé real del bebé fantasmático.

2.6.2.) En presencia del bebé

Como nos comenta Cramer (1990): “Si se considera como lo propongo-que los conflictos y fantasmas inconscientes de la madre tiene una incidencia organizadora en la interacción con la bebé, ¿no se podrían estudiar “objetivamente” estas interacciones (que son actuaciones recíprocas visibles) y considerarlas en su interdependencia?” Es por esto por lo que el motivo de que la bebé asista con la madre a la consulta radica en poder observar e intervenir en estos comportamientos interactivos directos entre la madre y la bebé. La observación clínica incluye entre otras cosas aspectos como tono corporal, mirada, ritmo y capacidad de regulación. Se analizan las secuencias interactivas: las señales del bebé, respuesta materna y reacción del bebé.

La terapeuta puede intervenir señalando fallas de sintonía o traduciendo los estados del bebé, contribuyendo a al proceso de mentalización y a la construcción de un lenguaje psíquico.

2.6.3.) Función de portavoz

Al dirigirse directamente a la bebé-a través del saludo, o ponerle voz a lo que puede estar experimentando- el terapeuta le confiere a este un estatuto de sujeto y presta su aparato psíquico para representar estados aún no simbolizados. Esta intervención favorece la diferenciación subjetiva y la mentalización.

2.6.4.) El juego y el cuerpo

El trabajo con bebés pequeños se apoya en la interacción corporal, el ritmo, la mirada y la voz.

El encuadre terapéutico se configura como un holding ampliado que introduce lo lúdico y posibilita experiencias de encuentro placentero.

2.7.) Dimensión familiar y social

La función materna requiere, a su vez, ser sostenida, es decir, “para sostener a un bebé se necesitan muchas manos”. La ausencia de una red de apoyo incrementa el riesgo de desbordamiento psíquico. En este caso, la paciente expresa la falta de una pareja implicada y de una red familiar disponible.

Se pone de relieve la importancia de dispositivos comunitarios y asistenciales en el periodo perinatal, capaces de ofrecer relevo y sostén a la madre, especialmente en situaciones de alta demanda como los cólicos del lactante. En este sentido nos podemos preguntar: ¿Cómo hubiera sido la historia de María si hubiera tenido una matrona que la visitara a domicilio 3 veces por semana como ocurre en muchos países nórdicos? Y ¿si hubiera contado con este apoyo, se hubiera podido establecer la lactancia y esto le hubiera permitido a la paciente estar en otro lugar?

2.8.) Evolución del caso

Se observa una transformación progresiva: la madre pasa de una angustia masiva a una mayor capacidad de diferenciación afectiva y a una posición más disponible hacia la bebé. Este, por su parte, evoluciona desde un estado de llanto inconsolable y retraimiento hacia una mayor vitalidad, juego y búsqueda de contacto.

La intervención terapéutica opera como un espacio de apertura —como en el documental “La historia del camello que llora”— se posibilita la emergencia de aspectos más amorosos del vínculo. En palabras de la terapeuta: “Si el bebé llora, es porque te quiere”.

Bibliografía:

- Cramer, B. (1990). *De profesión bebé. Círculo de Lectores*.
- Botero Cadavid, Hilda, Magaly Miranda Marconato, y Mara Cecilia Pereira da Silva. 2011. «Qué es lo que hay ahí dentro? Relato de una intervención precoz». Article. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana* 23 (1): 45-54.
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida (itinerario psicoanalítico de la maternidad)*. Biblioteca Nueva.
- Davaa, B. y Falorni, L. (2003). *La historia del camello que llora [Película]*. Hochschule für Fernsehen y Cine de Munich.
- Fairbrother, N. y Woody, S. (2008) *New mothers' thoughts of harm related to the newborn*. *Arch Womens Mental Health*. 11(3):221-9. doi: 10.1007/s00737-008-0016-7. Epub 2008 May 8. PMID: 18463941.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). *Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Golse, B. (2012) « Transmission et construction de l'identité dans le champ du développement du bébé. Plaidoyer pour

une modélisation d'une transmission ascendante, du bébé vers les adultes ». Article. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 60 (4): 255-60. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.04.005>.

Golse, Bernard (2014) « Transmission, identité et ontogénèse psychique du bébé. Une histoire à double sens ». Article. Revue française de psychanalyse 78 (2): 363-76. <https://doi.org/10.3917/rfp.782.0363>.

Grupo de Perinatalidad. (s. f.). La alimentación como experiencia de relación. En Temas a debate. SEPYPNA.

Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Infant Mental Health Journal, 22(5), 559-575. <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>

Hinshelwood, R. (1999). Clínica Kleiniana. Editorial Promolibro.

Palau Subiela, P. (2002). La psicósomática del bebé. Asociación para la Salud Mental Infantil (ASMI).

Palau, P. (2023). Sufrimiento emocional perinatal compartido: Estrés en el bebé. ASMI editorial.

Pérez-Martínez, C., Menahem, S., Viaux-Savelon, S., & Guedeney, A. (2021). Alarm Distress Baby Scale (ADBB) in assessing social withdrawal in infants with an underlying organic illness: An overview. Internal Medicine Review.

ΨΨΨΨΨΨΨ

*Trabajo presentado en el ciclo de Ateneos Clínicos del curso 2025-26, el 28 de febrero de 2026 en la sede de AECPNA en Madrid

****Presentación del caso:** Raquel Huéscar Párraga

Raquel Huéscar Párraga es psicóloga general sanitaria, especializada en perinatalidad con consulta privada. Compatibiliza su actividad con la docencia en CES Cardenal Cisneros en su Experto de Psicología Perinatal, el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal y como tutora del Máster Universitario de Psicología infantil y juvenil de la Universidad Oberta de Cataluña (UOC). Vocal de la Junta directiva de ASMI (Asociación por la salud infantil desde la gestación) y de la Junta Directiva de la Sección de Clínica del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, donde es docente del curso Nuevas Formas de Reproducción Asistida, duelos y vinculación afectiva.

****Comentario del caso:** Liset Álvarez de Castro-Palomino.

Liset Álvarez es psicóloga general sanitaria, especializada en perinatalidad con consulta privada. Compatibiliza su actividad con la docencia e investigadora, el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, y pertenece a los grupos de investigación ACFEM y Women and health de la UEM. Es co-cordinadora del grupo de trabajo de psicología perinatal del Colegio de la psicología de Madrid.