

## Conferencia

# \*La Toma del Caso en los Niños

\*\*José Antonio Menéndez

### PALABRAS CLAVE:

Toma del caso,  
Homeopatía, Pediatría,  
Principio de asimetría,  
Transferencia y  
contratransferencia,  
Anamnesis, Niño, Madre.

## Resumen

Muchos son los médicos homeópatas que concuerdan con la afirmación de que una buena anamnesis significa el 50% de la cura. Sin embargo, la configuración de una buena historia clínica es más compleja cuando se trata de un paciente pediátrico. El doctor José Antonio Menéndez González, uno de los pocos especialistas en pediatría y Homeopatía que existen en México, dictó una interesante conferencia en el marco del Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático (celebrado entre el 3 y el 7 de septiembre de 2013, en la Ciudad de México), en la que analizó diversos tópicos que están ausentes de las aulas académicas y que solamente se pueden comprender a través de los años con la práctica clínica cotidiana.

El expositor habló del respeto que se le debe mostrar al niño, tomando en cuenta su opinión y sus manifestaciones, pero sin caer en la trampa de darle un trato de un "adulto chiquito". De igual manera, ofreció diversos datos de investigaciones relacionadas con la "tipología" de las madres y las actitudes, muchas de ellas inconscientes, que asumen ante el nacimiento de sus hijos.

A lo largo de esta charla, el autor ofrece un sinnúmero de recomendaciones para que la toma del caso de los pequeños pacientes sea certera, lo que implica un amplio conocimiento de las actitudes y las emociones que afectan al niño, las cuales, necesariamente, están influidas por su entorno más cercano y, de manera específica, por la relación con sus padres.

## Abstract

*Many homeopaths agree with the statement that a correct anamnesis means 50% of the cure. However, setting a good clinical record is more complex when it comes to a pediatric patient. Dr. José Antonio Menéndez González, one of the few homeopathic pediatricians that practice in Mexico, gave an interesting lecture at the*

\*Conferencia dictada el 3 de septiembre de 2013, en la Ciudad de México, durante la celebración del Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático, organizado por la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (Anifhom).

\*\*Médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; especialista en Pediatría, Hospital Infantil de México; especialista en Homeopatía, Escuela de Posgrado "Homeopatía de México". Adscrito al Hospital Angeles Lomas.

**KEYWORDS:**

Taking of the case, Homeopathy, Pediatrics, Principle of asymmetry, Transference and countertransference, Anamnesis, Child, Mother.

*First International Homeopathic Medical Pharmaceutical Congress (held between September 3 through 7, 2013, in Mexico City), in which he discussed various topics that are not taught in academic classrooms and which can only be acquired through the years, with the daily clinical practice.*

*In his lecture he spoke about the respect that the physician should show the child, considering his opinions and manifestations, but without falling into the trap of treating him as a “small adult.” Similarly, he offered various research data related to the “mothers and their attitudes”, many of them unconscious, that they take upon with the birth of their children.*

*Throughout this discussion, the author offers a number of recommendations for make accurate taking of the case in their young patients which implies a broad understanding of the attitudes and emotions that affect the child, which necessarily are influenced by their immediate environment and, specifically, by the relationship with their parents.*

Lo primero que quiero decirles es que sin la clínica no puede haber medicina; dicho de otro modo, si no somos buenos clínicos no podemos ser médicos. De allí que tengamos que hacer un ejercicio constante de la clínica, la cual debe comenzar con el paciente, continuar con él y culminar con él; si no, no podemos hablar de un buen abordaje hacia ese individuo. Debo insistir en el hecho de que el arte del diagnóstico clínico se debe conservar siempre y que su vigencia nunca desaparecerá. Así ha sido desde nuestros ancestros, desde los hombres primitivos, los primeros sanadores o quienes ustedes quieran: siempre se ha requerido un diagnóstico clínico porque, de lo contrario, no se puede elaborar un tratamiento.

Ahora bien, hay premisas básicas en el paciente pediátrico. Yo les diría que lo primero que hay que tener en la mente es que el niño no es un adulto chiquito. Ese adultomorfismo debemos desecharlo. En las escuelas de medicina, en las que se brinda formación a nivel de licenciatura o como homeópatas, no nos enseñan lo que es un niño, sino solamente lo que es un paciente en términos genéricos.

Además vale decir que, habitualmente, los grandes maestros no eran pediatras. Todos los que estamos aquí vemos a niños todos los días pero, ¿cómo los vemos? Esa es la gran diferencia. No podemos tasar, medir y valorar de la misma forma a un

paciente adulto que a uno pediátrico. En mi experiencia corté por lo sano y no veo a adultos, es otro mundo, un mundo desconocido para mí. El adulto tiene mucho más historia personal, mientras que el niño, como se los voy a ir desgranando poco a poco, tiene una historia compartida. El niño nunca está solo y se los voy a ir explicando poco a poco.

Una de las premisas básicas es comprender la naturaleza del estado de salud, que es algo más que un estado equivalente a la ausencia de enfermedad. La salud es un estado de buena adaptación, crecimiento y desarrollo, y por ello les pregunto: ¿en qué momento de la vida es cuando están en verdadera eclosión el desarrollo y el crecimiento? Por supuesto, en la edad pediátrica.

El adulto, mal que bien, ya está “deformado o enfermo”, mientras que el niño está en formación, en desarrollo. Con el niño tenemos la posibilidad de que haya manifestaciones de una mala adaptación con síntomas; el niño está en un continuo proceso de adaptación. La enfermedad, por lo tanto, supone la pérdida de la adaptación, o bien, una crisis del organismo en su intento por mantener un equilibrio. El niño se va a enfermar mucho más por todas las alteraciones que tiene en su entorno, que por cuestiones físicas. Lo va a manifestar con problemas físicos, efectivamente, pero la mayoría de los problemas del niño provienen de su entorno. Cualquier estímulo de

tensión física, psicológica o social puede afectar al niño y determinar una alteración de su equilibrio y la aparición de una enfermedad; es fundamental que entendamos este concepto. En estos casos, son sus defensas psicológicas y los mecanismos de adaptación los que se ponen en funcionamiento para resolver estos problemas.

Hay que decir que una parte importante del tratamiento se basa en explicarle al niño enfermo las interpretaciones que tiene sobre su enfermedad y sus causas. No podemos dar por hecho que el niño entiende lo que le está pasando. Si el niño llega con cierta sintomatología, o ciertas manifestaciones, lo más importante es preguntarle al niño qué entiende por su enfermedad, por qué está enfermo y si sabe qué le causó la enfermedad. Es fundamental para los pediatras entender el pensamiento del niño.

Una parte que quiero destacar es que, a diferencia de lo que sucede con los adultos, los niños no vienen voluntariamente a consulta médica. El niño viene obligado y desde ese momento está predispuesto en su estado de ánimo. Sí, porque lo saqué de un partido de fútbol o de ver su Ipad. Estaba en su entretenimiento con sus amigos y el papá le dice: “vámonos con el médico, no tengo tiempo de llevarte en otro momento”.

El niño llega de mal humor, predispuesto, y desde ese momento debo poner todo de mi parte para entender cómo viene ese infante, con qué actitud entra a mi consultorio y cómo debo abordarlo. Puede ser también que yo sea el que esté enojado por la paciente anterior, y digo la paciente porque habitualmente los pediatras tenemos problemas no con los niños, sino con las mamás, y peor aún si vienen acompañadas por el marido. Y ni qué decir si vienen las abuelas.

Resulta que todo mundo sabe pediatría y se siente calificado para manejar medicamentos en los niños, y si la medicina en los adultos está plagada de mitos y leyendas urbanas, la de los niños se encuentra al doble. Soy intolerante ante las mamás que autorrecetan a sus hijos; yo tengo muchos pacientes que son hijos de otros médicos, y en esos casos le digo a los papás: “en el momento en que atraveses esa puerta, olvídate de que eres médico, eres papá, y por eso no acepto que autorrecetes a tu hijo. Déjame resolver el problema a mí”. Es decir, debo tener un estado de ánimo adecuado para recibir a ese niño.

Si algo nos enseñan en las escuelas de medicina pediátrica es a entender el lenguaje corporal

del niño. Nosotros, como pediatras, desarrollamos una capacidad para entender lo que el niño nos está diciendo, no con palabras sino con gestos. Yo tengo que saber lo que el niño me está diciendo y entender lo que la mamá está interpretando del hijo, y eso es un problema. Yo le digo a las mamás: “si no aprendes a ser observadora, si no aprendes a entender lo que tu hijo está diciendo, difícilmente podré encontrar el medicamento ideal, el *simillimum* para tu hijo, porque yo no vivo con ustedes, no estoy las 24 horas del día con tu hijo. Yo estoy un ratito, y debo descifrar cómo interpretaste a tu hijo”.

Me estoy desnudando ante ustedes y por eso les comento que tengo problemas con las mamás a las que les pregunto algo específico, por ejemplo: “¿cómo son las evacuaciones de tu hijo?”. Algunas de ellas me dicen: “espéreme un momento”, marcan el teléfono y preguntan: “María, ¿cómo son las evacuaciones del niño?”. En algunas ocasiones me salta lo asturiano y le digo a la mamá: “sal del consultorio y dile a María que entre”. Obviamente se enojan y se van del consultorio, pero después regresan porque sólo hay dos pediatras homeópatas calificados en México (uno de ellos yo), así que si no van con el otro regresan conmigo. Resulta que no les queda de otra y aprenden a tolerarme porque les curó al niño.

A veces el pediatra percibe intuitivamente que los dos actores de este drama están emitiendo señales compatibles y complementarias, se vuelve uno mañoso. Yo le pregunto a la mamá: “¿qué es lo que te preocupa de tu hijo?”, y ella dice: “tiene dolor de cabeza desde ayer”, pero ojo, yo estoy observando los gestos del niño, y él dice otra cosa sin palabras: “no es verdad, no me duele la cabeza, me duele la garganta”, o “me duele la panza, no la garganta”. El médico aprende a distinguir si el lenguaje de la mamá corresponde al lenguaje del niño, si los dos quieren expresar lo mismo o si no hay una comunicación.

En ocasiones la mamá lleva al niño para justificar una ausencia de la escuela, porque la familia salió de viaje e inventan los síntomas. Los médicos debemos tener esa habilidad para conocer el lenguaje corporal del niño, y estar preparados para interpretar los numerosos matices de interacción que dan forma a este vínculo niño-adulto, que es muy complejo.

El comportamiento del pediatra representa una desconcertante paradoja para el niño porque, por un lado, espera que este personaje le quite el dolor, pero por otro, si el médico no es cuidadoso y explora en forma inadecuada o de tal manera —no diría yo impúdica, porque los pediatras no somos

pederastas, somos pediatras— que lo incomoda, el niño va a sentir esa paradoja. Es como si pensara: “el doctor me está curando, pero me está encuerando; me está curando, pero me está metiendo un palo de madera en la boca; me está curando, pero me duele el apretón en la panza”.

Además de esto, en muchas ocasiones lo que ocurre en casa poco ayuda. Es clásico que la mamá diga: “si no te comes las espinacas te llevo con el pediatra para que te ponga inyecciones”, y resulta entonces que el médico tendrá ese papel ambivalente con el niño. Es muy significativo y eso lo vemos todos los días en la consulta.

Ahora bien, cabe decir que la percepción que tenga el niño del pediatra depende de la fase del desarrollo en que se encuentre. Es absolutamente necesario que un niño durante los dos primeros años de edad lllore con el pediatra. Ese simple dato, que el niño me vea y me reconozca, descarta automáticamente que el niño esté ensimismado en su mundo, es decir, que de esa forma se puede descartar que haya datos de autismo; por eso es bueno que lllore.

No es lo mismo, por supuesto, si el niño llora a los 4 años, ya que en dicho caso puede tratarse de manipulación; en realidad, no hay motivo para que se comporte de esa manera. Hay que ver, sin embargo, que existen tres etapas muy claras, muy marcadas, en las que el niño va a tener miedo a los extraños y sensación de abandono: a los 8 meses de nacido, al año y medio, y a los tres años de edad. Se trata de una crisis de angustia de separación de la mamá.

Es muy importante que los médicos entendamos lo que es el temperamento, que se puede definir como la reactividad ante un acontecimiento extraño o un suceso emocional, es decir, cómo me autorregulo ante ello. Diferentes autores empezaron a hablar de este tema a partir de 1970, época en la que se distinguieron tres tipos de niños: niños fáciles, niños difíciles y niños de baja estimulación.

Hay que conocer el temperamento de los niños, ya que esto nos sirve para formular un diagnóstico. Si trato con un niño hiporreactivo, por ejemplo, que sea tranquilo y que permanezca sentado en la silla, ya estoy pensando en una calcárea o en Sulphur; pero, ¿qué tal si llega una niña coqueta, manipuladorcita, dulcecita? Entonces ya estoy pensando en Pulsatilla. Del mismo modo, si me llega un niño patán, tendré que elegir algo diferente.

## La relación con la madre, fundamental

Uno de los factores más importantes en la salud mental y física del niño se basa en una relación cálida, íntima y continua con la madre, o la sustituta de ella. En mi práctica profesional atiendo algunos pacientes que poseen una riqueza económica extraordinaria, y que son padres de niños que tienen desde que nacen dos nanas. Es común ver cómo la mamá, desde que sale del hospital se lo entrega a una de ellas, quien de allí en adelante será la que se levante por las noches y la responsable de cambiarlo, bañarlo y cuidarlo. Pobre niño.

Al respecto, y si les gusta leer les recomiendo un libro precioso que habla de quién hizo realmente la Independencia de México. ¿Fueron los españoles, los criollos o los indígenas? La doctora Solange Alberro editó, bajo el sello del Colegio de México, su tesis de doctorado, un libro precioso que señala que los criollos hicieron la Independencia y que eso fue posible gracias a que las nuevas ricas españolas que llegaron a México les entregaban sus hijos recién nacidos a las indígenas para que les dieran el pecho (seguramente no querían deformarse).

Así las cosas, el hecho de darles el pecho y la manera como más adelante efectuaban la ablactación de los niños con su propia comida, hizo que estos niños tuvieran una afinidad con la cultura indígena. Por eso digo que los criollos fueron los que hicieron la Independencia. El libro se llama *Del gachupín al criollo*, y es una obra que ejemplifica claramente que una relación cálida, íntima y continua es fundamental para el desarrollo mental del niño.

El pediatra puede medir la eficacia de la relación entre los padres y los hijos simplemente al ver la rapidez con la que lo llevan a consulta después de la aparición de los síntomas; si la mamá llega y me dice: “te traigo a mi hijo porque tiene 5 días con fiebre”, lo primero que piensa uno es: “¿qué pasa contigo?”. Puede ser lo contrario, pues hay padres que ante el primer síntoma, ante el primer estornudo, lo llevan a consulta. Se trata de padres hipervigilantes, que no dejan respirar a sus hijos y que son agresivos por ser tan sobreprotectores.

Hay un tercer tipo de padres, que son aquellos adecuados a las necesidades del niño, pero

esos, los que realmente se entregan a sus hijos, son la minoría en el siglo XXI, y las causas son de orden laboral o económico.

Desgraciadamente la mayoría de los padres muestran desapego. Se trata de aquellos que tienen muchas cosas más que hacer antes que atender a sus hijos, hecho que nos lleva a un modelo de situación extraña en la consulta porque es evidente que hay un grupo de niños que evitan la cercanía con la madre. De entrada, el niño se sienta por allá y la madre por acá; los niños no se quieren acercar a la mamá y se puede sentir que “hay un muro” entre los dos. Es el caso de la mamá que sale del consultorio a contestar el teléfono, por un pañal o por cualquier otra cosa, y el niño ni se inmuta ni le importa.

En cambio, cuando se va la mamá y el niño se muestra preocupado, manifestando llanto e incomodidades, se trata de infantes inmaduros que tienen mucho apego, pero ojo, ese apego inmaduro puede estar perfectamente adecuado a su nivel de desarrollo cognitivo, ya que es normal que el niño, a determinada edad, quiera estar con su mamá y no con un extraño por muy simpático que le parezca el pediatra o el abuelito. El niño quiere a su mamá al lado, ya que es ella la que le brinda seguridad.

No caigamos, por favor, en la sobreprotección que hace que el niño sienta que “todo el mundo es hostil, menos mi mamita”, porque puede ser que esos niños lleguen a los 40 años y sigan viviendo en la casa materna. Esto que les digo es algo muy común en hombres y mujeres de 30, 35 años de edad en toda Europa, algo que puede deberse a factores económicos, cierto, aunque hay que reconocer que es más cómodo estar con mamá, que “me lava, me plancha y me da de comer”.

Por otra parte están los chicos que se encuentran unidos ambivalentemente, es decir, se trata de una situación en la que existe una incapacidad para utilizar la imagen materna como una base segura; son niños que no acaban de entender si su madre les da seguridad o no. No saben si los van a regañar porque están enfermos o los van a consentir; exhiben un comportamiento ambivalente, empujando o pateando. Son niños que nos dan problemas en el consultorio.

Todas las respuestas que los niños manifiestan le permitirán al pediatra conocer la naturaleza de esos vínculos afectivos, y obviamente nos van a proporcionar herramientas para realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

No podemos olvidar que los pacientes pediátricos están viviendo un desarrollo psicológico y una madurez fisiológica, están inmersos en un proceso y eso no quiere decir que así van a ser de grandes; están en proceso, repito. La separación e individualización empieza aproximadamente a los 7 u 8 meses, y se extiende hasta poco después del segundo año; son edades muy conflictivas y por eso les digo a las mamás que si van a viajar se lleven al niño, o que no viajen, porque en ese momento hay un hito en el desarrollo del niño: es cuando más expuesto está a sentir la separación o el abandono de la mamá. Es una edad un tanto peligrosa.

El vínculo inicial con el adulto cambia a esta edad por una sofisticada forma de interacción. El niño empieza a participar en una continua relación. Al respecto, hay que recordar lo que nos dicen los psicoanalistas: los niños menores de dos años son “retazo con huesos”, porque los niños piensan, pero no razonan. Es muy diferente tener pensamiento por asociación de ideas o imágenes, que tener un acto reflexivo. Los niños de estas edades no se despiertan pensando: “voy a molestar a mi mamá a las tres de la mañana porque me dio la mamila caliente o me dio la mamila fría al mediodía”, no existe esa intencionalidad en los niños de esas edades. Conclusión: no hay niños con malicia a estas edades. Hay niños reactivos al entorno, pero niños maliciosos con un acto reflexivo, no.

El psiquiatra austriaco René Spitz nos dice que a los tres meses de edad surge la sonrisa como una primera respuesta social del niño. Si se ríe al mes de nacido es un reflejo solamente. A los tres meses ya hay una relación con la mamá, y a los 15 meses apenas empieza el no con valor semántico. Es la clásica edad en la que los niños dicen a todo no; les preguntan si quieren chocolate y la cara del niño es de felicidad, pero dicen: “no”, ya que están explorando el valor que tiene. El **no** es poderosísimo.

---

## Principio de asimetría

---

Ustedes van a ver niños que empiezan a hablar entre los 8 y los 10 meses de edad, y que se sueltan con un vocabulario de entre 8 y 10 palabras. Sucede que en cuanto comienzan a caminar se paraliza el lenguaje, pero cuando dominan esta acción motora —y no se caen— de la noche a la mañana aprenden 50 nuevas

palabras. Resulta que el niño tiene una autorregulación que se traduce en: “me dedico primero a esto, y luego a otra cosa”. Por eso en pediatría decimos que los niños siempre avanzan, pero dan dos pasos para delante y uno para atrás; son pequeñas regresiones que son normales.

La doctora que me antecedió hablaba de la empatía. Es decir, yo voy a sentir algo por el niño y el infante va a sentir algo por mí, pero lo que está sintiendo por mí puede que sea, en realidad, lo que siente por otra persona. Un ejemplo sencillo es el siguiente: “el niño no odia al doctor Menéndez, sino que odia a todo aquel que tenga barba”. Sin embargo, existe la contraparte y un intercambio de información muy curioso.

Hay que decir que el médico siempre va a experimentar algo y por eso habrá pacientes que me causen empatía o antipatía; pero ojo, puede que el niño no sea el antipático, sino la mamá, y que yo descargue en ese niño el coraje que pudiera sentir por la mamá en la manera de explorarlo, de abrirle la boca. El niño, evidentemente, no tiene la culpa.

Siempre van a existir anormalidades fisiológicas que involucran un componente psicológico, y viceversa. En los niños el aspecto psicológico de la enfermedad o la condición física de debilitamiento crónico tienen una gran importancia debido a sus imperfectas respuestas cognitivas y afectivas.

Lo que quiero transmitir en esta plática es, principalmente, que si yo no dedico una parte de mi tiempo a leer de psicología infantil, difícilmente podré recetar a un niño, simplemente porque no lo entiendo. Mi objeto de estudio es el niño y su relación con el entorno; si no lo entiendo, ¿cómo lo puedo recetar? Correría el riesgo de prescribir un medicamento que sirva para tranquilizar a la mamá, en vez de curar y armonizar en su totalidad a ese niño. Entonces, la habilidad del médico para poder establecer una comunicación armónica es fundamental para dar un tratamiento adecuado.

## La transferencia y la contratransferencia

La percepción de los padres acerca de la condición médica de sus hijos puede ser correcta o exacta, pero en la mayoría de los casos esta comunicación es totalmente falsa. Es una impresión sustituta y pre-

dispuesta, un paso en falso con respecto a la fuente directa.

En la consulta pediátrica se desarrolla también el fenómeno de la transferencia y la contratransferencia entre el médico y el niño. En la consulta del día se desarrolla una actitud positiva o negativa que el individuo muestra hacia una persona, pero que en realidad siente por otra. Es lo que ya les explicaba en relación con lo que el niño siente por mí, o lo que yo siento por mi paciente, que puede ser un obstáculo enorme en la curación. Puedo o no curar a mi paciente, puedo o no dar un tratamiento adecuado a sus síntomas, si todo el tiempo estoy pensando: “qué odiosa es su mamá”. Son dos formas de comunicación que emanan del niño y el pediatra y que requieren nuestra atención, y si no tenemos la suficiente madurez y preparación para ver estos dos fenómenos, mejor dediquémonos a la atención de adultos.

Antes del desarrollo del lenguaje, el niño es muy capaz de compartir con el adulto sus atenciones, sus intenciones y sus estados afectivos, lo único que tenemos que hacer es tener los ojos abiertos y ver al paciente que tenemos enfrente. Las metas finales que el pediatra desea alcanzar son un diagnóstico y un tratamiento exactos, pero dichos aspectos no podrán conseguirse a menos que el paciente se sienta libre para transmitirle sus experiencias y esté lo suficientemente cómodo para mantener una posición receptiva.

Vale la pena anotar que los padres ven como una agresión la enfermedad de sus hijos, toda vez que esta condición les quita el tiempo, les hace sentir culpables e incluso reactiva vivencias y problemas personales de cada uno de ellos, específicamente referidos a sentimientos de culpa. El médico debe ser receptivo a esta actitud y entender qué está pasando en ese vínculo, en esa relación.

En efecto, la función del pediatra es fundamental para que, mediante el diálogo, se expresen esos sentimientos y se aclaren las orientaciones sobre la causa de la enfermedad o el desencadenante de la misma. En el momento en que el médico siente que se ha creado una empatía con la mamá y el niño, es decir, cuando se coloca en el lugar del otro, se da el inicio de la llamada alianza terapéutica. Al respecto, vale la pena mencionar lo que un gran maestro decía acerca del primer acto curativo, el cual consiste “en la forma en que se saluda al paciente”.

Una alianza terapéutica redundará en una mejor atención y comprometerá a los padres con el

cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, hay que decir que la naturaleza cualitativa del comportamiento de este desarrollo cognitivo en los niños no permite establecer parámetros exactos para el procedimiento específico que voy a desarrollar dentro de la consulta; es decir, que no hay recetas, no hay machotes o algo específico que diga cómo debo abordar a un paciente pediátrico. Cada paciente es un mundo, y cada relación familiar es otro mundo. No puedo recibir a todos de la misma forma, no les puedo dar la misma cara o jugar a la arañita en la mesa con los niños lactantes, pero de todos modos les recomiendo que lo hagan, ya verán que les va ayudar a que el niño se abra, a que sonría y a que empiece a confiar. Esto requiere de un entrenamiento que no nos lo dan, por eso me he explayado en el abordaje creativo y en comunicarles que un niño no es un adulto chiquito.

Las técnicas del abordaje pediátrico están encaminadas a controlar diversas emociones; de allí que el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas y situaciones específicas. Para resumir: cada niño es diferente, es más, el mismo niño es diferente de una cita a otra. ¿Por qué? Porque está en desarrollo, porque está evolucionando y porque está creciendo, lo que hará que el niño se sujete a las indicaciones que le demos.

Es fundamental respetar al paciente y que se le dé su lugar, lo que implica hablarle —independientemente de su edad— adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional. El pediatra debe hacer partícipe al niño de la consulta, de lo contrario vamos a hacer que se sienta como un animalito que viene a consulta de la mano de un adulto. Debo abrir la consulta hacia el niño y que éste logre la empatía conmigo, incluso a través de una transferencia conmigo con tal de que se abra. Lo que hago siempre es preguntarle al niño, pero simultáneamente le echo un ojo a la mamá para ver cómo reacciona a lo que dice su hijo.

Hay una frase que me parece increíble: **todo hombre es algunos meses mayor de que lo que recuerda ser**, ya que vivimos, nos movemos, tenemos una existencia y estamos sometidos a la acción de los elementos y a la malevolencia de las enfermedades en ese otro mundo, el más puro microcosmos que es la matriz de nuestra madre.

¿Cómo es el mundo del feto dentro del vientre materno? Hay precursores de este vínculo madre e hijo, es decir, del deseo de tener un hijo. Al respecto, les recomiendo la lectura de otro libro, de la auto-

ría de Françoise Dolto, cuyo título lo dice todo: *Niño deseado, niño feliz*. ¿Cuántos dramas no nos vamos a encontrar porque un niño no fue deseado, y fue una obligación tenerlo por cuestiones religiosas, sociales o políticas? Es claro que el mensaje de no querer ser madre lo recibe el niño.

La famosa depresión posparto no se produce solamente por los cambios hormonales, para nada; se trata del duelo que hace la mamá de un bebé imaginario al que tiene que dejar morir. Resulta que la mamá se imagina que el bebé va a ser güerito, de ojos azules, muy inteligente, más parecido a su familia que a la de su pareja. Sucede que el niño nace con el pelo lacio, morenito, y allí hay un duelo, hay una pérdida de ese bebito y eso produce depresión. Para decirlo de otro modo, si la mamá no está preparada y no asume la realidad, viene la depresión posparto y el rechazo hacia el niño, junto con la aceptación del bebé real: “esto es lo que me tocó y esto es lo que acepto”. Entonces, me debo identificar con el deseo de tener un hijo, de ser completa y omnipotente al ser madre; con el deseo de fusión y unidad con el otro; con el deseo de reflejarse en el hijo, con el cumplimiento de ideales y oportunidades perdidas; con el deseo de renovar viejas relaciones y con la oportunidad de remplazar y separarse de la propia madre.

---

## Las misiones de la madre ante el nacimiento

---

Se habla poco de las reacciones que tiene la mujer que se convierte en madre, las cuales podrían abordarse de la siguiente manera:

1. Existe un abrupto término de la sensación de fusión con el feto. Resulta que algo que tengo dentro y que me pertenece, de repente es expulsado. Así, se genera una ruptura de las fantasías de integridad y de omnipotencia propiciadas por el embarazo.
2. Adaptarse al nuevo ser que provoca sentimientos de extrañeza. No es fácil ser mamá; a las primerizas les va mal y lo ideal sería que todas las mamás tuvieran una hija porque los varones son mucho más difíciles, más inmaduros, más inseguros y neuróticos. Los niños recién nacidos son mucho más conflictivos que las niñas.
3. La misión de la madre es llorar al niño perfecto e imaginario, y adaptarse a las características del

bebé real. No todas lo logran. Se trata de una patología de la mamá que va a repercutir drásticamente en el hijo. La doctora que me antecedió habló de miasmas adquiridos y sí, en efecto, voy a adquirir todos los miasmas de mi progenitora.

4. Las madres, sobre todo las primerizas, deben luchar contra el temor de dañar al bebé indefenso.

5. Debe aprender a tolerar y disfrutar las enormes exigencias que le imponen la total dependencia del bebé.

La madre siempre va a ser un filtro de estímulos para su bebé, siempre. El niño intrauterino es sensible a matices emocionales excepcionalmente sutiles a través de los neurotransmisores, pero no me voy a detener en este punto porque tengo poco tiempo para concluir.

Quiero terminar esta charla comentando con ustedes acerca de una investigación que realizó un médico en Salzburgo, Austria, en un universo muy grande de mujeres a las que estudió durante el embarazo. A través del estudio se logró identificar a diferentes tipos de madres: catastróficas, ambivalentes, indiferentes e ideales.

Las primeras son aquellas que tratan de abortar todo el tiempo al bebido; las ambivalentes, las que a veces aceptan al bebé, y a veces no. Si hablamos de las indiferentes hay que decir que son las peores de todas, las más perversas. El estudio también concluyó que el parto en todas las categorías había sido distócico.

Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación. Al respecto, el célebre pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés Donald Woods Winnicott decía que el niño **no es, no existe**, refiriéndose a esto. El bebé no puede existir si no está en la relación madre e hijo, se muere y punto. O se deshumaniza, como en el caso que presenta Freud en la descripción del caso del *Hombre de los lobos*.

El niño extrauterino tiene que aprender todo el repertorio materno; tiene que aprender las expresiones faciales que las madres adoptan frente al lactante, para iniciar una interacción o para rechazarla,

y aprender a vocalizar. Cada madre desarrolla su propio sistema de interacción de acuerdo con su modo de ser y el de su hijo. Cada relación madre-hijo es diferente y así tenemos que entenderlo nosotros en la consulta.

El niño llega con un caudal de predilecciones perceptivas innatamente determinadas, de acuerdo con todos los estímulos que recibió *in utero* de pautas motoras, tendencias cognitivas y capacidades para la expresividad emocional, y quizá para el reconocimiento de las emociones. Es una suerte para su supervivencia que los bebés estén hechos por la naturaleza de tal modo que seducen y esclavizan a sus madres.

Para concluir por hoy, les quiero decir que la mamitis expresa una inmadurez del niño, una falta de confianza en el entorno, una falta de confianza en la permanencia materna; si no le tengo confianza a mi madre, no me puedo separar de ella. Es lo mismo que sucede en un matrimonio cuando la esposa no le tiene toda la confianza a su marido, y él le dice: “mi amor, me voy a Las Vegas con mis cuates a un congreso”. Si ella sospecha algo porque alguna vez encontró una mancha de labial, la confianza es relativa y querrá irse con él a Las Vegas, porque no confía.

Así pues, un niño con mamitis es un niño que no tiene confianza en la permanencia de la madre. Son madres que pueden tener este vínculo de ambivalencia o de desapego (casi siempre es de ambivalencia).

¿Cuándo se presenta esto? Si yo como padre no supe manejar el nacimiento de un nuevo bebé ni el abordaje en el hogar, el niño mayor se sentirá desplazado por su hermano, por “el nuevo”; va a sentir que le quitaron a su madre y va a tratar de pegarse a ella. Lo que ha faltado en esta situación es una comunicación madre e hijo.

De una vez se los digo: se comete un gran error, una estupidez, cuando el bebé que nació “llega con un regalo” para su hermano mayor que espera en casa. El mensaje es que hay un soborno. Lo más recomendable es que haya un intercambio. Así, lo mejor es que cada niño dé un regalo y reciba otro, ya que es una manera de hermanarse.