

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

TÍTULO: “La maternidad, una construcción. Perspectiva Psicoanalítica”

AUTORA: Mercurio, Natalia María

LEGAJO: M-2433/3

DOCENTE RESPONSABLE: Viviana Firpo.

2018

Índice

Resumen y palabras claves.....	3
Introducción.....	4
El discurso de la medicina.....	5
Maternidad. Una perspectiva psicoanalítica.....	7
Embarazo y parto.....	8
El niño producto de un deseo.....	10
Función materna.....	13
Mujer no es lo mismo que madre.....	18
La lactancia materna como un analizador institucional.....	19
Reflexiones finales.....	22
Referencias bibliográficas.....	24

Resumen

El presente ensayo trata de la maternidad entendida bajo una perspectiva psicoanalítica. Surge de haber transitado la experiencia de la Práctica Profesional Supervisada en una maternidad pública, donde en mi rol de practicante tuve la posibilidad de tener contacto con mujeres embarazadas, puérperas y sus hijos. El recorrido inicia dando cuenta de cómo se aborda la maternidad dentro de una institución hospitalaria atravesada por un discurso médico, que es herencia del Modelo Médico Hegemónico. Luego se hará un recorrido desde el psicoanálisis sobre la maternidad, entendida como una construcción que cada mujer realiza en base a su deseo y su propia historia. Para ello se toman conceptos que hacen a la constitución subjetiva de la niña hasta convertirse en mujer. Se entiende el parto y embarazo como procesos complejos que ponen a prueba la subjetividad de cada mujer. Además se abordarán conceptos desde los cuales pensar el lugar que ocupa un hijo en el deseo de la madre. Como así también la importancia de pensar la función materna para la constitución de un sujeto. Por último se plantea el abordaje de la lactancia materna como un analizador institucional. Como reflexiones finales, surge la necesidad de pensar nuevos interrogantes que aporten a la construcción de la maternidad, motorizada por el deseo y la historia de cada mujer, como un movimiento hacia adelante en la constitución de ese vínculo materno filial, que continuará desarrollándose pasada la 'urgencia' ('subjetiva', si se puede decir) del embarazo y el parto.

Palabras claves: maternidad-discurso médico- constitución subjetiva- función materna-lactancia materna.

Introducción

Este escrito lleva la modalidad de ensayo. Surge de la experiencia realizada en una maternidad pública de Rosario, en el marco de la Práctica Profesional Supervisada.

En el transcurso de la misma, en mi rol de practicante y en el contacto con las pacientes y sus hijos, y con los actores de la Institución, surgieron ideas o interrogantes que aquí tengo la oportunidad de desarrollar.

El interés más pujante es el de abordar la maternidad y algunos conceptos relacionados con la misma desde una perspectiva teórica psicoanalítica.

El tema de la maternidad será abordado en distintos apartados de modo tal de realizar un recorrido acerca de las inquietudes que fueron surgiendo, y los cuales presentan los siguientes ejes temáticos:

En el primer apartado, el 'discurso de la medicina', se habla de la maternidad desde un discurso médico, ya que la institución donde realicé la PPS es un 'hospital' que se encuentra atravesada en gran medida por el discurso médico imperante. La cual arrastra hacia una inercia teórica que tiende a concebir la maternidad desde el Modelo Médico Hegemónico.

En el siguiente apartado ('maternidad, una perspectiva psicoanalítica'), se trata de introducir la maternidad desde el punto de vista del psicoanálisis como una construcción que realiza la mujer en relación a su propia historia y que está determinada por sus deseos y motivaciones inconscientes. Por lo tanto el embarazo, parto y post parto no son meros hechos fisiológicos sino que son procesos subjetivos complejos y singulares en cada mujer.

Otro de los ejes temáticos trata acerca del lugar que ocupa un hijo en el deseo de una madre.

El quinto apartado trata de las funciones que la mujer cumple en relación a su hijo, de la importancia de la 'función materna' para la constitución de un sujeto.

El sexto apartado aborda la 'Lactancia Materna' como un analizador institucional que busca develar lo oculto que está en juego en dicha institución hospitalaria.

Por último, las conclusiones de este ensayo dejan abierta preguntas que no se han podido retrabajar debido a la complejidad del tema, pero que servirán de disparador para futuros escritos.

El Discurso de la Medicina

Al ingresar a la institución pude notar desde mis primeras observaciones, una tensión entre mi posicionamiento teórico-práctico (y ético a la vez) a la hora de pensar una clínica posible y la postura que sostiene y avala las prácticas en dicha institución. El discurso médico hegemónico y la clínica descrita minuciosamente por Foucault como aquel 'campo de la mirada' siguen vigentes en cada intersticio discursivo y por lo tanto rige allí cada intervención.

En la práctica hospitalaria, es notorio que el psicoanálisis se encuentra con un discurso impuesto, que es el de la Biomedicina. Los médicos vacilan todavía en recurrir a menudo al análisis psicológico de las causas de ciertas enfermedades. Podemos pensar que el lugar del psicoanálisis en la medicina tal como lo plantea Lacan (1966), es marginal por el hecho de la posición de la medicina respecto del psicoanálisis al que admite como una especie de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y otros asistentes terapéuticos.

La medicina se plantea una relación médico-paciente en la cual la acción del médico se focaliza en un síntoma, un síntoma orgánico, del síntoma se va al diagnóstico y de allí deduce una acción eficaz. La enfermedad queda definida para el discurso médico como una 'desviación de lo normal' y la salud es entendida como 'ausencia de enfermedad'.

La práctica de la medicina implica para el profesional –y para el paciente, por extensión- que el saber de él es superior y único en las acciones de salud. Y su acción se circunscribe a sistemas aislados del cuerpo físico, biológico. Esta concepción mecanicista del cuerpo enfermo reduce el enfoque de la atención del profesional de la salud a la enfermedad e ignora a la persona en su contexto. A este aspecto del Modelo Médico Hegemónico (MMH), se refiere el antropólogo Eduardo Menéndez (s.f.):

(...) el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Los principales rasgos estructurales de este modelo son: **biologicismo**, individualismo, **ahistoricidad**, **asociabilidad**, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, entre otras (p.1)

El rasgo estructural predominante es el biologicismo que subordina, en términos metodológicos y en términos ideológicos, a los otros niveles explicativos posibles. Esto tiene que ver con el aprendizaje profesional, con su formación. Esta se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son casi anecdóticos. Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico.

Es frecuente -pero no por ello aceptable-, que en instituciones creadas para fines específicos del área médica, no se le de relevancia al lugar que juega lo 'psíquico'. El nacer y el parir no escapa a esta consideración. El discurso médico imperante en estas instituciones con frecuencia reniega del sujeto que emerge en esas instancias. Y como parte de su práctica, lo intenta acallar, en términos generales, desde la asimetría de saberes. El embarazo, el parto y el post-parto son acontecimientos complejos que no deben tomarse solo desde una óptica biológica.

Una consideración que comparten lo médico y lo legal y que se generaliza en la sociedad también, es la de considerar que toda mujer embarazada o que da a luz, es madre. Que la mujer posee un instinto maternal como las hembras. Esta postura se enfrenta con el discurso del psicoanálisis, que considera que ser madre no es solo parir, sino que más bien

requiere de un complejo entramado psíquico. Sin embargo es común notar que en la Institución no suele interrogarse por lo singular.

Durante mi presencia en la maternidad pude advertir que, en la institución en general, y en el funcionamiento de los equipos de salud en particular, existe una distribución y aislamiento de las tareas entre los diferentes profesionales que dificultaba la producción de un pensamiento interdisciplinario, de una estrategia de abordaje del 'caso por caso'. La lucha por la 'posesión' del paciente, de la 'parte' que le pertenece a cada disciplina, convierte a cada profesión en una ingeniería de la salud ocupada en una máquina descompuesta. A esta máquina, en un campo de batalla.

De la 'asimetría' mencionada, se desprende una problemática o batalla a librar. El juego de supuestos que pesan sobre los profesionales a la hora de la atención. Por ej.: hay una fuerte idealización por parte del equipo médico con respecto al vínculo madre-hijo. Se debe conservar la imagen de dulzura de madre abnegada que se brinda por entero al cuidado de su hijo. Sin tomar en cuenta el deseo o lo singular de cada mujer para cumplir esa función. En ocasiones se hizo evidente que en los pedidos de interconsulta, el motivo era la falta de interés o indiferencia que demostraban las madres hacia sus hijos. Luego en diálogo con las pacientes, se corroboraba, que esa supuesta indiferencia se debía a la falta de sueño. Después de tantas horas en trabajo de parto manifestaban la necesidad de descansar para poder ocuparse del niño.

En relación a esto, no se trata, desde el Servicio de Salud Mental, de aportar solo una mirada subjetivante, sino también de intentar articular por la vía de la interconsulta, la dimensión complementaria de cada práctica a partir de la introducción de preguntas que posibiliten un espacio discursivo, de intercambio de ideas y el armado de estrategias de intervención. Ya que, tanto la medicina como también el psicoanálisis, buscan producir el alivio del sufrimiento humano con enfoques y métodos diferentes

La práctica médica se limita al cuerpo. A diferencia de esta perspectiva, la práctica psicoanalítica apunta a devolver algo de la palabra, hacer emerger la subjetividad dentro de las instituciones, que alienan. Se trata de hacer aparecer aquello que la institución tiende a silenciar, a avasallar. Entendiendo por **subjetividad** lo conceptualiza Silvia Bleichmar, quien la plantea como un producto histórico. No solo porque es el resultado de un proceso y efecto de tiempos de constitución individuales, sino también porque es producto de determinadas variables históricas y culturales, que transforman -la subjetividad- según los cambios que se vayan dando en la sociedad (Bleichmar, 2005: 79-85).

El psicoanálisis intenta introducir con su práctica una actitud de cuestionamiento. Ningún síntoma o signo remite a un saber previo, cada síntoma es originariamente una pregunta.

Maternidad, una Perspectiva Psicoanalítica

Este apartado, a diferencia del anterior trata de una mirada diferente de la maternidad, que se contrapone al modo en que la concibe el discurso del MMH.

Desde una postura psicoanalítica se puede pensar que ser madre, al igual que el vínculo en relación a su hijo, son construcciones que cada mujer realiza según sus posibilidades. Son hechos que no tienen nada de natural ni de instintual. No siguen una cadena lógica. Cada mujer puede ser madre y puede serlo de acuerdo al sostén de su narcisismo y la superación de las vicisitudes de su evolución psíquica. Pero principalmente ser madre tiene que ver con el deseo. Con el deseo de un hijo, un deseo que no es consciente.

Para abordar la maternidad, debemos remitirnos a los momentos de constitución subjetiva de la niña y su ingreso al complejo de Edipo. Según Freud (2011:104-125) plantea que una de las tareas que debe llevar a cabo la niña es, además del cambio de objeto de amor y de zona erógena, es el cambio de objeto de deseo, de tener pene (envidiarlo) a tener un hijo. La libido de la niña se desliza a lo largo de una ecuación simbólica (pene=hijo). En el inconsciente estos elementos son tratados como si fueran equivalentes y pueden sustituirse. La niña resigna el deseo de pene para reemplazarlo por el deseo de hijo y con este propósito toma al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser objeto de los celos y la niña deviene pequeña mujer.

“Todo sujeto viene de una madre y es ella en tanto mujer quien ha producido la equivalencia niño = falo. Esta equivalencia permite que en ella se inserte el hijo.” (Masotta, 2008: 163)

El descubrimiento de la castración y la decepción fálica con respecto a la madre, es el punto de viraje de la niña, a la cual se le presentan tres caminos, uno de los cuales va a estar vinculado con la maternidad. Es lo que Freud llama la sexualidad normal, siendo los otros la inhibición sexual y el complejo de masculinidad.

En algunas mujeres el deseo del pene del cual fue privada, está ocupado por el deseo de hijo. Según Freud, es como si estas mujeres hubieran entendido que la naturaleza ha dado a la mujer el hijo como sustituto de lo que se vio precisada a denegarle. (Freud, S. 2011).

Embarazo y parto

La vida psíquica de los seres humanos está determinada por las instancias conscientes e inconscientes. Todos contamos con la condición de ser sujetos divididos, por eso tenemos contradicciones, no somos seres unificados. Hay cosas que no manejamos, porque opera la división de consciente-inconsciente.

El estado de embarazo no basta para ser madre subjetivamente hablando. No representa lo mismo para todas las mujeres (por la historia singular de cada una); no hay un orden natural en la vida psíquica. El embarazo y el parto tendrán incidencias subjetivas para la mujer. Por eso muchas veces algunas mujeres pueden desestabilizarse durante ese proceso.

El embarazo y parto son procesos fisiológicos que también comprenden complejos procesos psíquicos vividos por una mujer. Por este motivo cada mujer es única e irreplicable y para convertirse en madre no es suficiente el hecho biológico de llevar un niño en su vientre y luego parirlo, sino que será un arduo trabajo psíquico que la mujer deberá realizar.

Marie Langer (1985) supone que durante el embarazo y parto la mujer repite especialmente su relación primitiva con su propia madre.

Es interesante destacar como piensa Esteban Levin (2003) distingue, en la función materna, por lo menos dos saberes. Un saber histórico, que le ha dado su experiencia como madre en el caso de tener otros hijos o como mujer que desea ser madre, y un segundo saber que emerge del lugar de esa mujer como hija y de su singular recorrido de la infancia. Estos dos saberes que sostienen y dan forma materna deberían en el mejor de los casos anudarse a las producciones del bebé.

La mujer debe realizar operatorias psíquicas para ponerse a tono. Tanto el embarazo como el parto son procesos que ponen a prueba la estructura subjetiva en la mujer, quien debe asumir los cambios en su cuerpo, pues dentro de su vientre tiene a otro ser.

Durante el embarazo se produce una crisis narcisista según Eugénie Lemoine-Luccioni (1976):

El embarazo es una puesta a prueba. La bella como ídolo se quiebra.

¿Qué pasa entonces en la mujer? ¿Soportará ver lo que la máscara escondía?

Freud en su análisis del narcisismo, dice que la mujer durante su embarazo, hace una crisis narcisista, acompañada de todos los peligros de regresión y desequilibrio que el narcisismo implica:

1. Una retracción de la libido (que antes se dirigía hacia el marido) y un reflujo de la misma hacia el yo imaginario.
2. Un delirio paranoide de grandeza: la mujer se vive como creador.
3. Una caída de este delirio después del parto, provocada por una estasis de la libido, consecutiva al fracaso de dicho delirio.
4. Otro delirio, asociado al deseo de muerte, puede declararse, entonces, como alternativa a la depresión. El hijo real es rechazado (pág. 21).

En resumen, por más real que sea, por más vivo que esté el hijo no deja de seguir funcionando como un objeto imaginario que viene a colmar un deseo muy antiguo. Pero sólo en el momento del nacimiento la separación entre el objeto imaginario y el objeto real abre su inquietante hiato. El hijo soñado es de otro registro: es real. (Lemoine-Luccioni, E. 1976).

La separación ha intervenido y ha desalojado a la inmanencia. El hijo ha sido arrojado al mundo, y desde allí amenaza a tal punto el equilibrio de la parturienta que, en los mejores casos, desencadena ligeras depresiones, en los peores, psicosis puerperales asociadas al deseo de muerte.

Si el embarazo es una crisis narcisista que desemboca en un seudodelirio y una depresión, esto no es sólo porque el yo ideal, la imagen especular se altere masivamente, poniendo a dura prueba a la 'Narciso' que se pretende la misma, inmutable y fuera de

tiempo, sino sobre todo porque, se produce un retorno de la primera identificación a la madre -si se puede emplear la palabra identificación para definir este lazo arcaico- (Lemoine-Luccioni, E. 1976).

En el lugar del doble luminoso que es la imagen especular, se instala la sombra, el oscuro doble maternal. La mujer se vuelve otra: la niña que era se vuelve madre. Este es el sentido metafórico de la máscara del embarazo que la autora propone (Lemoine-Luccioni, E. 1976).

Al momento del parto, la mujer va a perder eso que le costó asumir, va a tener que poder aceptar dejar al niño que gestó. También, entre otras cosas, la mujer hace el duelo por su propia panza, en algunas ocasiones muchas mujeres manifiestan que extrañan su panza.

La mujer debe aceptar que el hijo no es ese niño ideal, el que se imaginó en sus fantasías; el nacimiento lo confronta con el niño real.

El parto pone fin a la simbiosis propia del embarazo y es una vivencia narcisista y dolorosa por la separación brusca, que en algunos casos puede desencadenar depresión o confusión. La mujer que en estos momentos se encuentra inmersa en un mar de afectos, muchos de ellos contradictorios, se confronta con la ardua tarea de resolver un conflicto entre la libido narcisista y la libido de objeto. Por un lado, suele sentirse agobiada, dolorida, con deseos de descansar y estar a solas, y por otro, se siente movilizada por su deseo de atender y cuidar a su bebé. Se dan dos procesos opuestos: un trabajo de duelo y un trabajo de investidura. Debe hacer el duelo por el estado de gravidez que ya no tiene (es frecuente que se extrañe la panza y aparezca cierta sensación de vacío). Y también debe hacer un duelo por el hijo imaginario e ideal, que se ajustaba con exactitud a sus deseos, y que no coincide con ese hijo real que ahora puede ver y tocar, oler, escuchar y sentir de una manera diferente, al mismo tiempo, debe investirlo libidinalmente, de la mano de sus deseos, expectativas y afectos, es decir, debe darle un lugar en su mente y desde allí sostenerlo (Lebovici, 1988:133-153).

El niño producto de un deseo

En el encuentro permanente con el discurso de diversas madres, es inevitable interrogarse acerca de ¿Qué lugar ocupa ese niño?, ¿Desde qué lugar es alojado?, ¿Qué lugar ocupa ese niño para el deseo de esa madre?, ¿qué lugar se le asigna a este hijo en el mito familiar? En este sentido me es interesante pensar como Rudolfo, R. (2001) entiende el concepto de Mito familiar. Plantea que la tarea originaria del bebé cuando viene al mundo es tratar de encontrar significantes que lo representen, porque el niño no lo encuentra todo hecho. A esos significantes los saca del mito familiar, porque literalmente vive allí y en ningún otro lado, al menos en una instancia inicial. Este autor concibe este mito como un archivo, un tesoro de significantes que están en funciones antes del nacimiento del bebé.

El niño viene a ocupar un espacio físico viniendo al mundo primeramente, pero sobre todo a ocupar un lugar en el deseo del otro, sin el cual la vida, de entrada, pierde toda posibilidad de sentido; pero para que esto se cumpla es preciso que alguien done un lugar. (...) "Otro primordial, tal como la posición de la madre es preeminente para el bebé, no la de un objeto entre otros. Otro en el sentido de mito familiar, de archivo, de prehistoria como retícula (...) El mito, es decir, ese lugar donde se van a buscar los significantes, es en primer término el cuerpo materno. En primer término y originariamente, por ser el alojamiento matricial en todos los sentidos posibles (...) el cuerpo materno de la madre está habitado, compuesto, atravesado por todos los mitos familiares, al punto de que el psicoanálisis puede afirmar que el cuerpo materno, en definitiva es ese mito familiar.(Pág. 66)

Siguiendo la línea de lo que plantea Rodulfo, además de la importancia que le da al mito familiar, también hace referencia a una función importante de la madre que tiene que ver con 'falizar al hijo', ser falizado es un medio fundamental para su desarrollo como sujeto, para su apropiación simbólica, para su estructuración subjetiva. Esta función tiene que ver con una 'Preocupación maternal primaria', que vendría a ser una fase de enamoramiento del propio hijo o, como hubiera dicho Freud en términos económicos, de sobre inversión, de sobrecatexia libidinal. Falización implica nada menos, que un niño quede marcado como ser deseado. Dada la condición de precariedad bajo la que nace un sujeto, de no afluir una inversión libidinal importante sobre él, denominada justamente falización, está perdido. Es muy grave no ser falizado. Esta falización hace referencia a por ejemplo, cuando escuchamos a los padres decir, 'que este hijo realice lo que yo no pude' o 'lo que yo no he conseguido él lo conseguirá'. Falicizar al hijo da como resultado un sujeto.

En relación a ello, Freud en *Introducción al Narcisismo*, considera la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, en la cual se puede discernir el renacimiento y reproducción del narcisismo propio. La sobrestimación marca el vínculo afectivo madre-hijo. Es por ello que hay una tendencia a atribuir al niño toda clase de perfecciones y a encubrir y olvidar todos sus defectos. El niño debe cumplir los sueños irrealizados de sus padres y como los sostiene Freud "*El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmutación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza.*" (Freud, 2011, p. 88).

El niño tendría la función de ser el ideal del yo de los padres, es decir el medio por el cual podrían lograr la conquista del paraíso perdido que supone el yo ideal, que queda operando como punto nostálgico de retorno (Kuri, 1999: 123-136).

El niño aceptado

A continuación se relata un fragmento de un caso en el cual participé. Cabe destacar que es corto el trabajo que se puede realizar con las pacientes en dicha institución, dado al poco tiempo que pasa internada la mujer, luego se le da el alta y sigue su tratamiento, si lo requiere en un Centro de Salud.

En el presente apartado se viene hablando del lugar que ocupa el niño para el deseo de esos padres, de esa familia, los ideales y expectativas puestos en él.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando el hijo que tanto se espera y se desea, nace con una patología que no diagnosticada de antemano?, ¿cómo afectará esta situación a la familia?

A continuación expongo un caso en cual participé.

En una ocasión llega un pedido de interconsulta desde el sector de enfermería, por una paciente que dio a luz a su hijo con Síndrome de Down, y sus padres se hallaban muy afligidos. Se trataba de un diagnóstico no informado previamente, de una pareja parental que ya tenía otros hijos mayores.

Quien recibe el pedido es el psicólogo del equipo. Nos dirigimos a la sala donde estaba internada la mujer, quien en este momento estaba acompañada de su madre. Su bebé dormía. El psicólogo nos presenta, pregunta cómo se siente y si tiene ganas de hablar, le comunicamos que desde enfermería nos comentaron de su caso, y por eso estábamos allí.

La paciente se muestra tranquila y dice que está esperando a que llegue su marido y que luego irían juntos al Sector de Salud Mental, ya que quien se veía más afectado era el padre del niño.

Minutos más tarde concurren al box de Salud Mental (la pareja), el niño quedó al cuidado de su abuela. Quien empieza a hablar y rompe en llantos es el hombre, decía estar muy triste, que no se lo esperaba y no sabían qué hacer, ni cómo manejarse en esta situación. Los médicos aún no habían ido a explicarle nada. Manifestó que no sabían cómo encarar la situación frente a sus hijos y demás familiares, como harían para contarle.

La mujer lloraba también, pero permanecía callada. En un momento dijo que le preocupaba como sería la vida de su hijo, que esto era muy sorpresivo para ella, que si al menos se hubiese enterado antes del diagnóstico a lo mejor sería distinto, a lo mejor ella se preparaba y ya los preparaba también a sus otros hijos.

El psicólogo le explica que él no es médico, que sería mejor que fueran a hablar con ellos para así evacuar todas las dudas, pero que él le podía decir que se trata de un síndrome exclusivamente generado por causas genéticas, es decir, que no tiene otra etiología más que ésta - lo que quiso hacer referencia el psicólogo es que no había responsabilidad de ellos en la causa del síndrome, para que no se manifieste culpabilidad - Le aseguró que él iba a hablar con los médicos para que pudieran informarlo mejor. Además les explicó el Síndrome no debía ser para nada un obstáculo para su hijo, que ello no le iba impedir crecer como sus hermanos, ir a la escuela, tener amigos, pareja, etc. Y en cuanto a cómo contarles a sus otros hijos y familiares, ya encontrarían el momento, como les salga a ellos. Nos despedimos y el psicólogo ofreció otro encuentro para el día siguiente, a lo cual ambos aceptaron.

Al día siguiente pasamos por la sala a ver como seguían, allí se encontraban los tres, el padre, la madre y el niño, ambos le hablaban y la madre lo arrullaba.

El psicólogo pregunta cómo se sienten, y la madre más animada y con una sonrisa contesta que se siente mucho mejor después de la charla de ayer con nosotros y luego de que pasaron los médicos y le explicaron todo. Además algo había estado leyendo el padre del niño en internet sobre chicos con el mismo diagnóstico y todos llevaban una vida normal. Ya les habían informado a sus dos hijos y a sus familiares que habían ido a conocer al niño,

y se lo tomaron muy bien. Sus otros dos hijos alzaron a su hermanito, le dieron muchos besos y estaban muy alegres.

Otra frase que manifestó la madre es que ellos habían buscado tanto a su hijo, que al principio se asustó con la noticia pero que eso no cambiaba en nada su amor, que es igual que el que siente por sus otros dos hijos.

Análisis del caso:

El nacimiento de un niño con alguna discapacidad es un acontecimiento que, sin dudas, irrumpe produciendo un efecto de conmoción. En este caso, al ser inesperado, suele ser del orden de lo traumático ya que en este momento se produce la caída de lo que estaba en juego en la espera de este niño y, con ello, todo lo imaginizado respecto a él.

Tal como sabemos por el psicoanálisis, todo niño se gesta en primera instancia a nivel no biológico, tiene existencia en el deseo de sus padres, en su discurso. A un niño se le habla y se 'lo' habla antes de su nacimiento. Se cifran expectativas, ilusiones: 'será doctor... será futbolista... se parecerá a...'. (Núñez, 1991).

Algo de la historia de los progenitores está en escena. En éste, su hijo, se juega el narcisismo de los padres, su ideal, dimensión interviniente en la construcción de aparato psíquico del recién nacido. A todo niño se le reserva un trono: '*His majesty the Baby*' (Núñez, 1991).

Podríamos decir que nunca la realidad de un hijo se articula exactamente con lo imaginizado respecto de él, siempre se identifica una hiancia. Pero al nacer un hijo con alguna limitación, se tornarán 'imposibles' un gran número de aquellas proyecciones futuras. Este hijo con un déficit es posible que remita y actualice lo deficiente de la historia de los padres, aquello que faltó, en lugar de representar la posibilidad de reparación de la misma. El niño nacido con una alteración discapacitante es el hijo inesperado.

Según Blanca Núñez, la comprobación de una anomalía del hijo provoca una situación de crisis. El concepto de crisis denota un grado de desorganización familiar. Esta crisis indica una pérdida, un duelo ¿qué es lo que pierde? El hijo ideal cargado de expectativas, deseos, esperanzas de la pareja y de la familia en general. Esta familia debe afrontar un proceso de duelo que le permita aceptar la pérdida, para poder recién conectar con el hijo real. Es importante que ambos padres permanezcan unidos en una actitud de mutuo apoyo (Núñez, 1991:14-16).

En este caso los padres, si bien en un primer momento se mostraron angustiados sin saber qué hacer, luego de hablar con el psicólogo y de interiorizarse en qué consistía el diagnóstico, de a poco pudieron ir tomando contacto con la realidad de la situación e ir aceptando la idea de que el diagnóstico no es algo negativo, solo es un rasgo de la identidad de su hijo, pero no es el rasgo único. Este rasgo no asume la valoración total de su persona, por lo cual aunque tenga ese diagnóstico vale como sujeto. Es imprescindible en cuanto a estas cuestiones rechazar situar la patología o déficit cualquiera sea como determinante para el destino de un sujeto.

La especificidad del psicoanálisis consiste en abrir interrogantes acerca de ese sujeto único y en un contexto singular: ¿qué lugar ocupa en la trama discursiva familiar?, ¿Cómo repercute su déficit en su constitución subjetiva?

Para el discurso de estos padres ese hijo era deseado y muy esperado, y si bien su llegada con un diagnóstico de Síndrome de Down fue sorpresiva y angustiante, y también por el desconocimiento ante lo novedoso, luego la madre manifestó, que sentía el mismo amor por ese bebé que por sus hermanos, es decir, que eso no impidió ubicar a su hijo en la misma serie de sus otros hijos.

Función Materna

Como se viene hablando de las funciones que realiza la mujer con su niño, de donarle un lugar, de investirlo con su libido a través de su amor, caricias, sus palabras, entre otras cosas, es fundamental pensar en la Función Materna, un concepto central en la teoría de Lacan para abordar la maternidad, que en el seminario cuatro se plantea una confrontación temprana del niño con un otro real, que lo desea en tanto falo. Según cuál sea la relación de esa madre con el ahora falo, habrá de suscitarse una red de significaciones en las que, para el niño, y en tanto se trata de una relación real, el seno puede considerarse tan cautivador como se quiera. De la madre dependerá el acceso del niño a los objetos, primero de satisfacción y luego como objetos de don. Será la potencia materna la que marque esa relación entre el niño y el mundo exterior, sus estilos, sus modulaciones, sus bordes. Los objetos que el niño quiere conservar junto a él ya no son los objetos de satisfacción, sino la marca del valor de esa potencia que puede no responder y que es la potencia de la madre. La presencia / ausencia de la madre proveedora hace que ella devenga real en tanto no es alcanzada por la expresión de su deseo, es ahora fuente de frustración y así, en su intangibilidad circunstancial e indefectible, pasa a ser objeto de amor (Lacan, 2008:63-71).

Winnicott en sus escritos planteó y desarrolló el concepto de la 'función materna'. Dirá que durante las primeras fases del desarrollo, el niño pequeño y el cuidado materno forman una unidad, se pertenecen mutuamente y son inseparables. Aquello que hace unidad con el recién nacido no es una persona sino una función puesta en acto por una madre, un padre o una niñera. Un medio ambiente satisfactorio posibilita la marcha ininterrumpida de los procesos de maduración. Este autor percibe que el **ambiente** tiene un papel fundamental en el proceso de constitución subjetiva. Plantea el concepto de 'madre suficientemente buena', la única capaz de adaptarse a las necesidades del niño y de crear un 'ambiente suficientemente bueno' que permita la adaptación y el desarrollo. Una madre suficientemente buena significa, una madre que brinde las condiciones necesarias y justas. De este modo, el bebé habrá de tomar como creación propia a la fuente de satisfacción (Winnicott, 1999:314-326).

Winnicott, en La naturaleza humana describe que en la primera lactación (teórica) el bebé está listo para crear, y la madre le posibilita tener la ilusión de que el pecho, y lo que este significa, ha sido creado a partir del impulso derivado de la necesidad. La madre es quien posibilita al niño la ilusión de ser el creador de ese pecho; luego, gradualmente, lo irá desilusionando, a medida que el bebé esté preparado para ello. La madre debe ser creada por el bebé. Esta tiene que estar en una posición de potencia para darle el pecho al niño. En palabras de Winnicott, desde el punto de vista teórico es muy importante que el bebé cree el objeto y lo que hace la madre es situar el pezón de su pecho, justo allí en el momento oportuno para que sea su pezón lo que el bebé cree. La madre debe ejercer su potencia de pecho (Winnicott, 2012:145-154).

Aquellos cuidados físicos que realiza una mamá que cría a su bebé contribuyen a los cimientos del aparato psíquico (Winnicott, 1981:308-319). Para Lacan (1958), es a partir de la apropiación de significantes donados por un Otro, que el infans puede devenir sujeto.

Una madre satisfactoria o buena para Winnicott, es aquella que posee la capacidad de hacer frente a las necesidades del bebé pero también es capaz de pensar a su bebé alojándolo en su mente. Una madre suficientemente buena no sustenta su hacer, en la comprensión intelectual de las necesidades de su bebé, sino en su capacidad para identificarse con él. A partir de esta identificación podrá sostenerlo en brazos, cambiarlo de postura, acostarlo y alimentarlo porque ella sabe lo que su bebé necesita en cada momento. (Winnicott, 1999)

La función materna está estrechamente ligada al amor. El amor puede ser ligado a la constitución misma, a los tiempos originarios del sujeto. Lacan en el seminario cuatro plantea

que ser amado es fundamental para el niño, porque es la base esencial para todo lo que le pasará luego. Sólo tiene un cuerpo por el amor del Otro (que es el que arma el espejo). (Couso, 2005:155).

A propósito de la Función materna, a continuación se cuenta un caso en el cual participé y me sirvió para reflexionar de que a pesar que la paciente presentaba serias dificultades psíquicas para afrontar la maternidad de su hijo desde un principio, ello no le impidió luego de un trabajo con dicha paciente, que se hiciera cargo de su hijo y pueda cumplir a su modo con una función materna.

- Caso:

Este caso fue presentado desde Trabajo Social que hacía unas semanas venían trabajando con una paciente, quien desde un primer momento manifestó el deseo de dar a su bebé en adopción al nacer, por no disponer de los medios de vida materiales para criarlo. Pocos días antes de dar a luz, la mujer se presenta a la trabajadora social de la maternidad y pide que antes de dar en adopción a su niño quería conocer la familia solidaria con quienes iba a quedar a cargo su hijo, porque quería asegurarse que quede 'en buenas manos' de lo contrario, se quedaría ella con el niño.

Desde trabajo Social se pide interconsulta a Salud Mental, para que se aborde el caso. Cuando vamos con la psicóloga a conocer a la paciente, un jueves, ésta ya se encontraba en la sala de trabajo de parto. Se la nota tranquila y acompañada por el padre de su hijo. Nos presentamos y le explicamos que estábamos allí porque nos habían comunicado su decisión de dar en adopción al bebé y que pasábamos a ver como se sentía y a explicarle algunos procedimientos. Nos dice que se sentía tranquila, que ya tenía dos hijas, una de cuatro y otra de dos años, que las condiciones en las que vivía eran deplorables, en un departamento en el que se llueve adentro, no tenía trabajo ni medios para mantener a sus hijos. Del padre de sus hijos, que estaba allí presente cuenta que se droga y es un inútil, que resulta ser un hijo más. Esos fueron los determinantes que motivaron a dar a su hijo en adopción; y aclara, que si no fuera por el problema económico, no tendría ningún problema en quedárselo. En lo que duró la entrevista el padre de sus hijos se mantuvo en silencio, en el mismo rincón y con la mirada ida.

Luego comenta que pretende estar con su hijo apenas nazca, brindarle los cuidados hasta que le den el alta, pero que no se imaginaba llevándose al bebé a su casa. Manifiesta que quiere disponer de 45 días, en los que supone que la familia solidaria se va a llevar a su bebé, para reponerse y conseguir un techo y luego quedárselo. Hasta último momento la paciente no dejaba en claro qué era lo que pretendía hacer respecto a su hijo si darlo en adopción o quedárselo.

Piensa que no va a poder amantar al niño porque consumió marihuana los primeros meses de embarazo y no sabía si los análisis de la 'tira reactiva' para saber si su leche estaba contaminada le iban a dar bien.

Con respecto a su familia de origen, nos comenta que provienen de clase media y viven en barrio céntrico, tiene una madre y abuela que viven juntas, con las cuales tiene problemas desde chica. Sus hermanos trabajan en un local de deportes conocido, de los cuales también está distanciada, debido a que les robó dinero para comprar droga. Su padre se suicidó cuando ella tenía quince años, allí conoce al padre de sus hijos y comienza a drogarse y a robar. Con su suegra también está peleada, por lo tanto no cuenta con ningún tipo de ayuda.

Al salir de la Maternidad no sabía a dónde iba a ir porque del lugar donde vive, la dueña la echó por causar disturbios, el padre de los niños va drogado, se escuchan gritos, es un caos.

La paciente hablaba sin parar. La Psicóloga le explica que ahora nos íbamos pero que íbamos a volver, que ella piense que va a hacer, que desde la dirección de niñez iban a

pasar a explicarle mejor su situación. Pero que la medida que se había tomado por el momento era que podía estar con su bebé si así quería, y amamantarlo, pero que sería trasladado a neo, hasta que no se resuelva la situación, que ella tenía libre acceso para subir al piso superior a ver a su hijo cuando lo desee.

Su bebé nació a las 18 horas, de ese mismo día, fue a alimentarlo y a cambiarlo a las 22 horas.

Cuando fuimos a Neo al día siguiente a ver al niño, la enfermera relata que ya había cambiado y alimentado al niño, y que la madre aún no había regresado y tampoco le había puesto nombre.

Citamos a la paciente para conversar en el box de trabajo social (ese día comenzamos a trabajar el caso con la trabajadora social y la psiquiatra debido a que la psicóloga comenzaba sus vacaciones). La trabajadora social le pregunta por su hijo, ella dice: 'es feísimo, pero lo vamos a querer igual'. Durante la entrevista seguía con la idea de dejar el bebé a una familia solidaria para que lo cuide mientras ella podía conseguir trabajo. Su discurso era desordenado, se mostraba excitada, verborágica, mezclaba temas, se iba por las ramas, hablaba de su historia. En ningún momento hablaba de su hijo. En un determinado momento, la trabajadora social la interrumpe y le pide que la escuche. Le plantea que lo que ella quiere hacer es imposible, que las dos medidas que ella le iba a explicar son las siguientes y debía decidirse por una; la primera era una medida excepcional, pero una vez que la dirección de niñez interviene, ella no podía acercarse al niño, y la otra opción, es una medida de protección, es decir, buscarle desde el equipo con el cual venían trabajando desde su centro de salud, un lugar para ella y sus hijos, pero que el padre de los niños no iba a poder acercarse.

Dadas estas dos opciones, se decidió por la medida de protección, porque según ella nunca habría querido dar a su hijo, solo que las condiciones en las que vivía no le era posible criarlo.

Le explicamos que podía ir a ver a bebé, y dijo que ya sabía que ahora iba a ir, pero al rato la encontramos dando vueltas por los pasillos donde están las voluntarias, les estaba pidiendo cosas para su hijo, y aun no había subido a neo a verlo. En ese momento, llega a la institución la psicóloga que la atendía en el centro de salud de su barrio, y subimos a neo, junto con la psiquiatra. En ese contexto pudimos notar cómo se mostraba la mujer en el vínculo con su hijo, no lo quería alzar, volvió a decir que era feo. La psicóloga la animaba para que tome a su bebé en brazos debido a que ni lo miraba. Al poco rato accedió, tomo a su bebé en brazos y le cantó una canción hasta que se durmió.

Como la paciente tomó la decisión de quedarse con su hijo exigía a las enfermeras de neo que lo bajen a una sala común con ella, porque el bebé estaba muy sano y que ahí podía contraer algún virus, discutió con la enfermera y pediatras de neo. Hasta que lograron que entienda que el niño estaba ahí para hacerle controles y además había que evaluar si ella iba a poder darle el pecho debido al consumo de drogas durante el embarazo.

Ese mismo día, tuvimos una reunión con dirección de niñez y con el equipo de trabajo del centro de salud que venía trabajando este caso. Entre los miembros del equipo se encontraba la psicóloga, una abogada y trabajadoras sociales. Allí se discutió cual era el mejor lugar para que la mujer vaya con sus hijos, porque el lugar donde estaba ya no estaba disponible, las instituciones estaban colapsadas. En esa reunión se habló solo de las condiciones económicas de la paciente y de cómo abordar el trabajo para que el padre de los niños se mantenga alejado. En ningún momento plantearon el lado subjetivo de la cuestión, cómo ella se encontraba psíquicamente, a quien sólo se la venía ayudando con planes y dinero.

Vuelvo el lunes la institución, y me cuentan que la paciente había pasado todo el fin de semana internada allí. Cuando la vamos a ver a la habitación que es para casos especiales, se encontraba en el baño aseándose y el bebé solo arriba de la cama. Cuenta

que de noche no durmió, que ella estaba re cansada, pero que era un santo. Agrega que ya le podía dar la teta porque los análisis le dieron bien.

Sus hijas seguían en la casa de su madre, y aseguró que cuando la misma se entere que no iba a dar en adopción a su hijo, no las iba a cuidar más. Comenzó a hablar de lo mala que era su madre, otra vez mezclaba temas.

Con la psiquiatra le explicamos lo importante que era que su madre se haya quedado cuidando de sus hijas mientras ella venía a tener a su hijo, que si bien ella decía que era mala, a lo mejor recomponiendo su relación y llevándose mejor con ella, podría aprovechar para llevarle los chicos cuando ella necesitara ir al médico o lo que fuera. Ella dijo que la madre quiere a las nenas y les enseña inglés, pero que igual era mala y le había hecho la vida imposible toda su vida.

En medio de la entrevista hablaba de cobrar una herencia de un abuelo, y como iba a arreglárselas económicamente.

El padre de sus hijos estaba arreglando el departamento para cuando se vayan de alta, ella se iba a ir sola con su bebé en taxi.

Explicamos que debía seguir un tratamiento psicológico en su Centro de salud, pero como el psicólogo entraba de vacaciones, la citamos nosotras para verla la semana próxima allí en la maternidad.

Con respecto a qué método anticonceptivo iba a recurrir para cuidarse a partir de ese momento, comenta que no quería ligarse las trompas, pero al rato llega la doctora, quién le habló de métodos anticonceptivos, y le iba a aplicar una inyección anticonceptiva.

Ya en los días que había estado internada se había hecho conocida, por todos, a las voluntarias les pedía cosas todo el tiempo, una pediatra nos contó que consultaba todo lo que notaba raro de su hijo, que se la notaba atenta a los cuidados e higiene del bebé.

Vimos a la paciente por última vez, la semana siguiente, si bien no vino al horario que indicamos, la encontramos de casualidad en la institución pidiendo ropa a las voluntarias, había traído a su bebé al control, la pediatra que ya la conocía, la felicitó por lo bien que estaba su bebé, había aumentado de peso, y se lo pidió para presentárselo a las demás pediatras.

Fue acompañada de sus dos hijas, quienes presentaban un aspecto agradable, eran muy simpáticas ambas y saludaban respetuosamente. Nos contaban que cuidaban a su hermanito y que se portaba re bien. Mientras ellas jugaban, la psiquiatra y yo hablábamos con la paciente.

Se la notaba verborrágica como siempre, se iba por las ramas, pero cuando le preguntamos por su hijo, por cómo estaba, cómo se las estaba arreglando, dijo al pasar que era un santo, que no molestaba para nada, que las nenas estaban chochas con él, y que se sentía contenta de no darlo en adopción, que si bien no en un principio no se imaginaba yéndose con él a su casa, se sentía muy bien con él. Y cambió rápidamente de tema, hablaba de la dueña del departamento que la quería echar, que estaban sin agua potable, por eso se iban a ir a lo de su madre a bañarse. Que estaba gestionando irse a otro lugar a vivir, y le mostraba mensajes a la psiquiatra de la persona que le informaba de la casa que estaba disponible para mudarse. Y también mostraba mensajes del padre de sus hijas, a quién aparentemente ella no deja que se acerque. Fue bastante difícil hablar con ella porque no nos daba lugar.

La volvimos a citar para una próxima vez, ella nos pidió que llamemos a un taxi, y se fue con sus hijos y las cosas que le dieron las voluntarias.

- Análisis del caso :

Cuando escuche el relato de la paciente, en un primer momento, me compadecí por ella, porque por lo que había escuchado, ella no podía hacerse cargo del niño por condiciones materiales y debía darlo en adopción porque no le quedaba otra.

En ese momento la psicóloga de la maternidad, me advirtió la importancia de escuchar en lo de que el paciente dice, algo más allá de eso que se dice. Analizando más a fondo el caso, ella me ayudó a pensar, que hay algo más allá de las condiciones materiales que hacen que ella quiera dejar a su hijo. La mayoría de las pacientes que van a parir sus hijos a la maternidad vienen de un contexto de pobreza e indigencia, aún hasta peores y no por eso quieren dejar a su hijo. La paciente en su discurso no presentaba dudas, sólo certezas. En ningún momento se la vio afectada, angustiada, demostraba poco interés por su hijo. Al criterio de la psicóloga, la paciente presentaba cierta psicopatía, algo del lado de lo perverso, por lo manipulador de su discurso. Los demás son los culpables, pero ella no se cuestiona estar en la situación en la que se encuentra, se plantea pensar el interrogante, ¿Cómo llega esta mujer, siendo de clase media a volverse indigente?

Ese hijo no estaría ubicado en la ecuación simbólica como el falo de la madre, en cierta completud.

Desde el trabajo en equipo se puede pensar que ese hijo estaba en posición de objeto, para manipular, dado a que por medio del hijo podía conseguir cosas, vivienda, ropa, etc.

Ponía como excusa lo económico para no hacerse cargo del hijo.

La paciente cambiaba de opinión con respecto a darlo en adopción a cada rato, lo mismo hizo al momento de ponerle o no el apellido del padre, buscaba lo que le convenía más.

Se mostraba molesta cuando se la contradecía y en una posición de saber, ella sabía todo.

Desde la Institución se trabajó brindando un marco de contención a la paciente y protegiendo a su bebé.

En las entrevistas, se notaba una gran necesidad de hablar sin parar de su historia.

En lo particular, me hubiese gustado seguir trabajando el caso, pero la lógica de trabajo hace que la paciente continúe su tratamiento psicológico en su Centro de Salud. Igualmente, desde la maternidad seguían conectados con el centro de salud al cual concurría y se averiguó por su estado, si llevaba los niños al médico, y si realmente cumplía con esas responsabilidades.

Se ve con este caso que si bien la paciente presentaba ciertas condiciones psíquicas patológicas, ello no le impidió cumplir con su función materna. Según el discurso de los médicos, la paciente llevaba a control a su hijo, mostraba preocupación maternal, preguntaba todas las dudas que tenía respecto de la crianza. El día que fue a la institución con sus tres hijos, las niñas contaban que lo cuidaban, que estaban contentas. A ella también se la notaba contenta y hasta dijo que era un santo y que quería mucho a su hijo. A diferencia del primer momento cuando se encontró con el que su frase fue: 'es feo, pero lo voy a querer igual'.

Mujer no es lo mismo que madre

Entre la madre y la mujer hay un hiato. El hijo fálico puede, a veces taponar la falta, hacer callar la exigencia femenina, pero por lo general, el don de un niño raras veces permite clausurar la cuestión del deseo. El niño como resto de la relación sexual puede obturar en parte la falta fálica en la mujer, pero no es causa del deseo femenino que entra en juego en el cuerpo a cuerpo sexual (Soler, 2015).

La madre posee una función estructurante y su papel es instituíble en su presencia y el amor maternal. Lacan leído por Colette Soler (2015), volvió a poner el acento en su deseo (el de la mujer).

El deseo de la madre hay que comprenderlo como el deseo de la mujer en la madre, deseo que permita limitar la pasión materna, hacer de ella no-toda madre. Esto es lo que implica la Metáfora Paterna, cuya operación sustituye el significante del padre al de la madre, y tiene por resultado el hecho de especificar la falta materna como falta fálica, e instituye al padre como partenaire fuera de serie. Entonces una madre no es toda de su hijo porque su aspiración fálica se divide entre el hombre y el hijo. Esto es necesario porque el deseo de la mujer, y más generalmente un deseo otro, mantenido más allá de las gratificaciones de la maternidad, es lo que introduce al niño por medio de la angustia de castración, en una dialéctica de identificaciones contradictorias que le permita desprenderse de la posición pasiva de objeto de la madre y, al final, asumir su propio sexo. (Soler, 2015:125-149).

La lactancia materna como un analizador institucional

Abordaré la Lactancia Materna como una de las funciones maternas que realiza la mujer en relación a su hijo.

Según Marie Langer (1985) la lactancia materna, además de ayudar a la madre a vencer el trauma que le causará la separación brusca de su hijo, también sirve al niño para mitigar el efecto de su trauma de nacimiento. La lactancia restablece también su intimidad con la madre y el destete se efectúa paulatinamente, en contraste con el nacimiento, que significó una separación.

Lo que la autora plantea con respecto a la lactancia es que la mujer que alimenta a su hijo está reviviendo inconscientemente su propia lactancia.

Si esta fue feliz, gozará en repetir la misma experiencia satisfactoria con su propio niño. Si fue muy conflictual y angustiada, puede ocurrir que viejos recuerdos, al resurgir en su inconsciente, obstaculicen la lactancia y hasta impidan del todo, desapareciendo la secreción láctea. Pero puede ocurrir también lo contrario: que la mujer logre sobreponerse a sus viejos conflictos y halle en la lactancia un medio adecuado para superar frustraciones pasadas y olvidar antiguos resentimientos y reivindicaciones, al identificarse con su hijo satisfecho y con la madre ideal.

Más allá del hecho de fisiológico de dar pecho a un niño, lo que esta autora plantea que es más importante que la mujer done su amor en el acto de alimentar al niño, en este sentido, una mamadera dada con todo cariño y lentamente a un niño que la madre tenga en sus brazos y al cual no teme mostrar su amor y permitirle estar bien cerca de ella cuando lo requiera aunque sea en el intervalo de dos mamadas, significará menor frustración oral que el pecho dado fríamente.

La lactancia materna, es una experiencia de íntimo contacto corporal e intensamente afectiva, tanto para la mamá como para el bebé, es vivido por la mediación de un placer, en este sentido, el niño no va solo en búsqueda del alimento. Para el bebé, lo principal no reside tanto en el alimento en sí, sino en la forma en que se lo provee y el afecto que acompaña esa entrega. El ser acariciado, mimado, mecido, arrullado, calentado y sentirse 'sostenido' son necesidades vitales para el bebé (Castro. M, 2007).

Durante la práctica en la maternidad, pude observar que dicha institución hospitalaria, al igual que muchas otras como son la escuela, la fábrica, la iglesia, la familia, poseen un sistema de reglas al decir de Lappsade, G. (1980) quien así define a la institución. Esto quiere decir que todas las reglas, normas, costumbres, tradiciones, etc., que uno puede encontrar dentro de la misma es lo que se halla instituido y por tanto terminan apareciendo como fijas y eternas generando de esta manera una naturalización y automatización institucional. La explicación que da el autor respecto de olvido e ignorancia institucional es que tal desconocimiento es necesario para el mantenimiento del sistema social, para la estabilidad de las relaciones sociales dominantes, que todas las instituciones producen y reproducen.

Sin embargo si el carácter de lo instituido puede tener dicha función, también puede producir obstáculos en el trabajo requerido por dicha institución específica. Puesto que las normas, costumbres y reglas muchas veces se reproducen de una manera mecánica lo cual es perjudicial para la atención de mujeres embarazadas que poseen una historia de vida y una estructuración psíquica única e irrepetible.

En este sentido uno de los discursos instituidos en la maternidad, hace referencia a la **defensa de la lactancia materna**. Si bien no se puede desconocer sus beneficios, muchas veces lo que debería haber sido una promoción de la lactancia parecía transformarse casi en un acto persecutorio hacia las mujeres que no querían o no podían hacerlo por diferentes razones, presentando finalmente la producción láctea como un síntoma. La mujer puede tener distintas razones valederas para no poder o no querer amamantar. Esto parecía irritar

a algunos pediatras que deseaban estimular la lactancia, y parecían sentirse heridos en su narcisismo, a partir de su incapacidad de 'persuadir' a la mujer. Como consecuencia de ello en algunas ocasiones, algunos médicos se tornaban agresivos a través de sus comentarios culpabilizando, criticando a la mujer por estar supuestamente 'abandonando' a su hijo. Por cierto, el pediatra actuaría mucho mejor si pudiese dedicarse a dar informaciones necesarias y comprender que lo más importante es la decisión que la madre tome (producto de su deseo), sin realizar juicios de valor (Videla, 1997:180-183).

En otras ocasiones también se han producido enjuiciamientos de aquellas mujeres que querían amamantar pero por presentar un consumo problemático de diferentes sustancias se les ha negado esa posibilidad sin dar lugar a las necesarias explicaciones sobre las consecuencias que podría conllevar tal acto. Mientras que en otros casos, se han realizado afirmaciones de consumo por 'presentimientos' provenientes del médico basados fundamentalmente del contexto de procedencia de esa paciente, de su apariencia o aspecto (dado que la mayoría de las usuarias del servicio de salud provienen de sectores medio-bajos, en condiciones socio-económicas y culturales de marginalidad y exclusión). Presentimiento que luego se ha intentado corroborar a la fuerza, por medio de tiras reactivas (procedimiento por el cual se comprueba si la leche de la mujer está contaminada) realizadas sin consentimiento, o más 'sutilmente' violentando a la paciente a través de preguntas incisivas, descreyendo de su palabra, culpabilizándola, tildándola de 'mala madre'.

A través de estos ejemplos se puede tomar a la lactancia como un analizador institucional. Un Analizador es lo que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar. Permite descomponer el todo, poniendo de relieve a sus componentes y develando su estructura. El analizador conduce al análisis, son los sitios de habla. Nos conduce a las relaciones no especificadas de poder, al inconciente institucional (Lourau, 1975: 262-285).

La lactancia materna tomada como un analizador natural, es lo que permite indagar, correr el velo, es un indicador de un conflicto. Es como si en la institución algo se sale de su curso, de aquello que está instituido. Ésta situación apunta a algo problemático no manifiesto, algo latente que es necesario poner en palabras. Revela los oscuros resortes de la autoridad institucional.

Y aquello que revela tiene que ver con una postura muy rígida, con una relación asimétrica de poder entre el médico y la paciente, relación en la que el médico intenta imponer su voluntad a cualquier precio, dejando de lado o desconociendo los derechos de la paciente a decidir sobre su propio cuerpo y sus propias acciones. Se intenta normativizar una práctica que no tiene nada de natural y que obtura la posibilidad de pensar al otro como un sujeto singular, atravesado por una historia, deseos. Esto revela que la institución está atravesada por un modelo médico imperante, que desconoce que en su práctica trata con sujetos singulares, circunscribiendo su práctica solo al cuerpo biológico. No todas las mujeres reaccionan ante la misma prescripción de igual modo. Este modelo intenta imponer la lactancia materna de una manera automatizada, acrítica y pasiva.

En conclusión, lo que la lactancia materna como analizador ha revelado es que hay un discurso médico hegemónico y lo que se visualiza como problema generalmente coincide con lo que no se ajusta al ideal médico que insiste en proponer un sujeto pasivo e incorporativo.

En estos casos es de fundamental importancia analizar la institución para interrogar lo que ella nos muestra naturalizado, es decir, visibilizar lo que el discurso médico naturaliza.

Y es importante el rol del psicólogo en la institución quien puede aportar desde su profesión a las problemáticas que hacen obstáculo a sus tareas (de los médicos). Las problemáticas deberían ser tomadas institucionalmente y de un modo interdisciplinario; se puede responder a un pedido desde nuestra posición, como analistas institucionales, sin por

ellos dejar de producir cambios, y fomentando los procesos subjetivantes y de implicancia de todos los actores y para la comunidad.

Reflexiones finales

Lo que se ha querido dejar de manifiesto es la idea de que la maternidad es un hecho subjetivo, más allá del biológico, es una construcción de cada mujer motivada fundamentalmente por un deseo inconsciente.

El embarazo, el parto y postparto son hechos complejos que ponen a prueba a la subjetividad de la mujer, debido a los cambios que ésta atraviesa y las funciones que asume, que lejos de confundirse con un proceso fisiológico y natural e instintual, son hechos de un entramado psíquico complejo. No solo hablamos del cuerpo biológico, sino también de la representación subjetiva del cuerpo.

Es también evidente como se expuso que en la institución donde concurrí hay un supuesto muy fuerte de convertir en madre a toda mujer embarazada, y que esa madre debe darse por entera a ese hijo, estar todo el tiempo, mimarlo, darle el pecho a libre demanda, entre otras cosas.

Así como la maternidad se construye, el amor por ese niño no es un sentimiento innato. Por lo general el lazo de amor y deseo hacia ese hijo comienza mucho antes de que el niño nazca, donándole un lugar en ese mito familiar. Pero sin embargo también puede ocurrir que ese amor por ese hijo no exista nunca.

El niño debe recibir todos esos cuidados y sostén que la función materna aporta para poder subsistir, y constituir su estructura psíquica, es fundamental que la madre este allí con sus funciones maternas, falizando a su niño. Sin embargo, no se puede desconocer que desde la postura psicoanalítica esa mujer debe ser no-toda madre para su hijo, que también debe posar su mirada hacia un hombre, el portador de la ley, al padre que viene a sustituir a ese deseo de la madre, el padre de la metáfora paterna.

Por otro lado, si bien la homogeneización y automatización de la práctica médica y la predominancia de la visión de la salud en su dimensión biológica serían los dos grandes problemas que llevan al surgimiento de diversos conflictos, (como el caso de la Lactancia materna) hay espacios en los que desde el aporte del psicólogo y con el acompañamiento de las demás disciplinas que intervienen en la institución se podrían lograr pequeños movimientos para lograr una mejor relación entre los profesionales donde todos los sectores estén en permanente intercambio de opiniones y comunicación, y para que se dé una mejor construcción de la relación médico-paciente.

Uno de los modos que pienso en que el psicólogo podría intervenir desde su disciplina es proponiendo y convocando a los demás sectores de salud a participar de espacios que permita a todos los profesionales ser escuchados, que estimule y promueva un trabajo interdisciplinario permitiendo conjugar saberes, para comprender, entender y operar, armar estrategias desde esta conjunción en beneficio del vínculo madre-hijo, en los momentos iniciales de la vida humana.

Por último, para ir concluyendo a través de los recorridos de los distintos autores se despertaron en mí interrogantes para seguir haciendo nuevos recorridos, los mismos hacen referencia a por ejemplo, con respecto al desarrollo psicosexual de la niña, ¿Qué sucede si el recorrido no es el esperado, cuando la niña queda fijada por ejemplo a la fase pre-edipica?; o ¿Qué ocurre si una mujer no puede cumplir con su función materna?; ¿Qué consecuencias tendrá para un niño el no ser falizado? Y ¿Qué consecuencias habrá si el niño queda ubicado en lugar de objeto de la madre?

Esos son algunos de los interrogantes que quedarán abiertos para seguir trabajando en la construcción de ese vínculo tan primordial y fundamental para todo ser humano.

Por otro lado, otro aspecto que no se abarcó y sería importante tener en cuenta, es que si bien este ensayo intenta plasmar la idea de que no basta con el hecho fisiológico de estar embarazada y parir para convertirse en madre, sino que la maternidad es una construcción que cada mujer realiza en base a sus posibilidades subjetivas, también aquí se

pone en juego lo cultural, es decir, la maternidad como una **construcción subjetiva, histórica sociocultural**. La cultura en la que la mujer está inmersa, también incidirá en el desarrollo de las funciones maternas, al igual que la época en la que se halle. Seguramente no se tendrá la misma representación de maternidad en culturas indígenas que en la nuestra. O no es la misma representación que se tiene de la maternidad en ésta época que la idea de maternidad que se tenía en la época de nuestras bisabuelas por ejemplo. Tampoco será la misma representación si el feminismo avanza sobre la ley de la despenalización del aborto, una lucha que viene pujando hace mucho, se podría pensar que de aprobarse dicha ley, ahí también haría tambalear el ideal de maternidad.

En este sentido, la maternidad es un tema muy rico y amplio para seguir trabajando y pensando. En este ensayo se ha abordado solo un aspecto de ella.

Referencias Bibliográficas

- Bleichmar, S. (2005). "Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis". En *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Editorial Topia.
- Castro, M. (2007). "Semiótica de la psicomotricidad". Visita 13 de octubre de 2017 http://www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=586&Itemid=36
- Couso, O. (2005). "Elogio del amor". En *El Amor, el Deseo y el Goce*. Buenos Aires: Lazos
- Freud, S. (2010). Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (2011). Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conf. 33: La Feminidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Kuri, C. (1999). Clase 8: "Narcisismo. Estadio del espejo; tópicos de lo imaginario. Ideal del yo-yo ideal. El ser y el tener. Amor de transferencia". En *Introducción al Psicoanálisis*, Rosario: Homo Sapiens.
- Lacan, J. (1958). "La Significación del falo". En *Escritos 2*. Argentina: Siglo XXI.
- (1966). Psicoanálisis y Medicina. El lugar del Psicoanálisis en la Medicina. Conferencia durante una mesa redonda del *Collège de Médecine*, en La Salpêtrière, el 16 de Febrero de 1966 y debate posterior. Visita 21 de Marzo del 2018. <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.9%20%20%20PSICOANALISIS%20Y%20MEDICINA,%201966.pdf> el
 - (2008). Clase IV: "La dialéctica de la frustración". En *El seminario de Jaques Lacan.: libro 4: La relación de objeto*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Langer, M. (1985). *Maternidad y sexo*. España: Paidós.
- Lapassade, G. (1980). *Socioanálisis y Potencial Humano*. Barcelona: Gedisa
- Lebovici, S. (1988). "La constitución del vínculo entre la madre y el recién nacido y la interacción progenitor-recién nacido". En *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Lemoine-Luccioni, E. (1976). *La partición de las mujeres*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Levin, E. (2003). "Discapacidad. Clínica y educación". En *Los niños del otro espejo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lourau, R. (1975). "Hacia la intervención socioanalítica." En *El análisis institucional*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Masotta, O (2008). "Edipo, perversión y castración". En *Ensayos Lacanianos*. Buenos Aires: Aguilar.

- Menéndez, E (s.f.). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Recuperado de <http://www.unia.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libros2a18.pdf>. Consultado el 4 de Noviembre del 2017
- Núñez, B. (1991). "La confirmación del diagnóstico de sordera: una situación de crisis familiar. Lineamiento preventivo". En *El niño sordo y su familia*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Rodulfo, R. (2001). *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Soler, C. (2015). "La madre". En *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Videla, M. (1997). "Lactancia materna". En *Maternidad. Mito y realidad*. Buenos Aires. 2da Ed. Ediciones Nueva Visión.
- Winnicott, D. (1981). "Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez, y en el marco psicoanalítico". En *El proceso de maduración en el niño*. En Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Editorial Laia.
- (1998). "Objetos y fenómenos transicionales (1951). Estudio de la primera persona 'no yo'". En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
 - (2008). Parte IV: "De la teoría de los instintos a la teoría de yo". En *La naturaleza humana*. Bs. As. Paidós 2012.