

Universidad Nacional de Rosario Facultad de Psicología



Trabajo Integrador Final “Neonatología y Libidinización del cuerpo”

Modalidad: Ensayo

Autor/a: Principi, Daniela

Legajo: P-5220/5

Docente responsable: Baños, Juan Manuel

-2020-

Índice

Índice.....		
2		
Agradecimientos.....		
3		
Resumen.....		
4		Palabras
claves.....		4
Introducción.....		
5	Un	nacimiento
anticipado.....	5	Los tiempos
fundantes y sus contingencias.....	5	Trazando
puentes, tejiendo vínculos.....	8	
Intervención temprana, la función del psicólogo		
11		Reflexiones
finales.....		13
Bibliografía.....		
14		

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, por todo lo vivido dentro de esta casa de altos estudios. A todos aquellos docentes que forman parte de esta institución y que han ido trazando mi formación, dejando huellas para siempre. A mi tutor Juan Manuel Baños, por la dedicación que ha brindado a este trabajo y por el respeto a mis ideas, gracias por la confianza.

A mi familia, mis amigas y a mi novio por acompañarme, alentarme y apoyarme en todos estos años, compartiendo momentos difíciles, como así también momentos de alegría y celebrando junto a mí cada logro. Mi agradecimiento es especial a mi sobrina Allegra, quien me ha inspirado a escribir el presente ensayo. A todos ellos, muchas gracias.

Resumen

¿Qué ocurre cuando un bebé nace de manera anticipada? ¿Qué consecuencias suponen estas experiencias en el vínculo adulto-recién nacido cuando este último debe quedar hospitalizado durante varias semanas en la sala de terapia intensiva neonatal? El presente ensayo aborda la temática de la prematurez, las particularidades del vínculo temprano adulto-recién nacido dentro de este contexto de internación y los efectos en la libidinización del cuerpo del niño.

Como profesionales psicólogos nuestro lugar será el de poder acompañar e intervenir como sostén emocional terapéutico del núcleo familiar en esta situación de particular vulnerabilidad, con el propósito de reflexionar acerca de estas cuestiones e interrogarlas, para poder construir y reconstruir saberes en torno a esto.

Palabras claves

Neonatología – Prematurez – Maternidad – Familia – Bebé – Libidinización

4

Introducción

El presente ensayo se divide en tres partes: en primer lugar, se abre el interrogante acerca de si podría afectar la prematurez, e inminente paso por neonatología en un periodo extenso de tiempo, la libidinización del cuerpo del niño; luego se ponen en juego algunos conceptos psicoanalíticos fundamentales en torno a los tiempos primordiales del niño y sus contingencias. Finalmente una breve reflexión acerca del rol del psicólogo en el servicio de neonatología, que servirá como puntapié para abordar mi futura práctica profesional.

Un nacimiento anticipado

El ser humano se caracteriza por ser esencialmente inmaduro al momento de nacer, y dicha inmadurez es aún mayor en bebés nacidos prematuros (niños que nacen antes de las 37 semanas de gestación) y especialmente en aquellos bebés de muy bajo peso al nacer (RNMBP). Se denomina así a aquellos bebés nacidos con un peso por debajo de 1500 gramos y con un tiempo gestacional menor a 34 semanas (Ruiz, 2004). Existen tres subcategorías distintas para referirse al niño prematuro: extremadamente prematuro (menor a 28 semanas de gestación), muy prematuro (28 a menos de 32 semanas) y prematuro moderado (32 a 37 semanas). Se pasa de la maduración dentro del cuerpo biológico de la cría humana, a la maduración en un cuerpo artificial llamado neonatología.

Conectados a monitores, accesos venosos, sondas, respiradores, drenajes y lámparas, así pasan sus primeros días los bebés prematuros. Desde adentro de la incubadora observan el mundo a su alrededor y cuando pueden lo hacen desde los brazos de sus padres que tratan de alojarlos nuevamente en el cuerpo. A veces es necesario acompañar a los adultos durante estos momentos, para que se pueda producir un lazo paterno-filial entre el bebé hospitalizado y sus padres. Sabemos que la neonatología puede sostener la vida de un bebé nacido de forma prematura, pero la existencia se producirá a partir del encuentro con otro y las marcas que éste construya sobre su cuerpo, marcas que humanizarán y que harán sujeto (Zahnstecher, 2013).

Se plantean diferentes interrogantes sobre el futuro de los bebés nacidos prematuramente y los costos psíquicos que deben atravesar los mismos, como así también sus padres y todo el entorno familiar, durante el largo período de internación. Los primeros encuentros entre la figura de crianza y el niño son fundamentales y fundantes para el psiquismo humano. La proximidad, el contacto piel a piel, la mirada y las caricias entre el recién nacido y sus padres dejarán marcas permanentes dentro del proceso de construcción del psiquismo del bebé, ya que determinan en gran medida el futuro desarrollo del mismo. Dado que estos encuentros se dan dentro de un contexto particular, como es en este caso la sala de neonatología de un Hospital, imprimirán características particulares en las interacciones adulto-bebé (Hauser et al. 2015).

Los tiempos fundantes y sus contingencias

En los últimos años, la medicina ha desarrollado innumerables avances en relación al perfeccionamiento de la tecnología necesaria para la sobrevivencia de los bebés nacidos de forma prematura, o con alguna dificultad o patología. Sin embargo, la recuperación de los mismos no se agota en lo biológico. Dehollainz (2013) afirma que el nacimiento de un niño excede lo orgánico y resulta ser un acontecimiento social y familiar. Pero... ¿Qué sucede cuando el recién nacido tiene un problema y debe quedar internado en la sala de terapia intensiva neonatal? ¿Cómo hacer para que dicha situación

que aleja a los bebés de sus padres represente el menor obstáculo o conflicto posible en el vínculo adulto-recién nacido en estas primeras experiencias de vida? Esteban Levin (2010) sostiene que el trabajo clínico con niños pequeños con patologías y problemáticas diversas nos permite constatar los puntos de encuentro entre la plasticidad neuronal y la plasticidad simbólica. Dicho autor menciona que toda experiencia deja una huella en el cerebro y mucho más aún cuando se trata de la primera infancia, de los primeros tiempos

de constitución psíquica del sujeto. En relación a esto, señala el concepto de plasticidad neuronal, que es la capacidad que tiene el sistema nervioso para modificarse y adaptarse a los cambios del ambiente (también en relación al aprendizaje y la construcción del psiquismo). Entonces, si la experiencia deja huellas en los circuitos neuronales y produce modificaciones de orden funcional y estructural a nivel de la sinapsis y neuronas, de esta manera, toda experiencia deja una marca significativa, privilegiada y subjetiva: a esto lo llama plasticidad simbólica. En el encuentro con el Otro se lleva a cabo una determinada experiencia que implica lo relacional y lo simbólico. Esta experiencia adquiere un valor fundamental para producir plasticidad neuronal y plasticidad subjetiva, anudadas entre sí.

Este concepto rompe con la idea de una fijeza o herencia biológica preestablecida y nos invita a pensar cómo la intensidad y tenacidad de una sinapsis depende en gran medida del deseo y del afecto puesto en juego en esa experiencia compartida entre el recién nacido y su madre, o quien cumpla su función. “La internación en neonatología pone en riesgo el devenir subjetivo del bebé al interferir en estos momentos íntimos, inaugurales e imborrables del psiquismo humano” (Castro, 2018, p. 184).

En el acto de nacimiento es en donde se puede reflexionar acerca de este anudamiento entre la plasticidad neuronal y la plasticidad simbólica. El cerebro humano nace prematuro y necesariamente debe madurar y desarrollarse para poder recibir y actuar frente al estímulo que proviene del mundo exterior. Al mismo tiempo, en el campo del Otro comienza el proceso de identificación por el cual se estructura tanto el niño como ese Otro que se ocupa de él. A partir de esa relación primordial, se estructura el placer libidinal en la experiencia compartida, este acontecimiento es fundador de la subjetividad.

Al nacer se producen cambios fundamentales en el bebé: la pérdida del líquido amniótico, el cierre del cordón umbilical que lo unía a su madre producen drásticas modificaciones a nivel circulatorio, cerebral, respiratorio e inmunitario. Esta experiencia de pérdida, que en el caso de los bebés nacidos prematuramente se da de manera súbita y anticipada, deja su impronta sináptica. El bebé se ve obligado, para sobrevivir en el nuevo ambiente físico a adaptarse a estos cambios. El estado de necesidad e indefensión es tal que la dependencia del Otro es absoluta. Los cuidados y la protección que recibe de él le permiten vivir y continuar su desarrollo. Pero, ¿qué pasa cuando el paso de la vida intrauterina a la vida en el mundo exterior se da mucho antes de que el cuerpo del recién nacido esté preparado para soportar dicha experiencia de pérdida? Levin (2010) sostiene que la plasticidad neuronal en el recién nacido se encuentra atravesada y anudada por la plasticidad simbólica que es efecto de la relación con el Otro. Cuando esta primera relación falla o no se instala con la intensidad necesaria, la plasticidad simbólica no se produce y puede repercutir en que la plasticidad neuronal pierda su firmeza. Sin esta experiencia dialéctica entre madre e hijo no hay relación posible del niño con su cuerpo ya que no estaría la mediación del deseo y el cuerpo materno.

Cuando un lactante succiona el pecho o la mamadera, sus ojos se encuentran con la demanda materna que lo mira. Si la succión no se transforma en el acto de amamantar, la plasticidad neuronal se empobrece. El acontecimiento de mamar deja una huella psíquica significativa y produce plasticidad simbólica, la cual, al anudarse con la plasticidad neuronal, confluye en nuevos circuitos sinápticos que solo se producen en el encuentro con el deseo del Otro. Es decir, lo que estaba en juego en ese escenario no era solo la cosa alimentaria sino, esencialmente, la experiencia compartida y el don que en ella se transmitía. Todo esto se encuentra fuertemente dificultado cuando el bebé

prematuro es alimentado dentro de su incubadora a través de un tubo que pasa por su nariz o su boca hacia su estómago. Se podría pensar que esta situación comienza a ceder su lugar al encuentro fundamental del adulto-niño dentro de la unidad de terapia

intensiva neonatal, cuando la condición de salud del bebé empieza a estabilizarse, o cuando las políticas de organización del hospital son más flexibles teniendo en cuenta el rol fundamental que tiene la relación adulto-recién nacido en el desarrollo del mismo, en donde por ejemplo, si la condición del bebé no permite que sea amamantado, aun así tenga la posibilidad de que el neonato sea alimentado por su madre o quien cumpla su función, a través de un biberón pequeño, mientras está sosteniéndolo y alojándolo entre sus brazos. Levin (2010) afirma que el cuerpo materno adquiere un valor fundante para el infante, ya que se transforma en una fuente libidinal permanente al mirarlo, tocarlo, al unificar las diferentes funciones corporales y motrices, que de otra forma quedarían fragmentadas y segmentadas. Si no existe proceso de cura posible que pueda pensarse en un bebé separado de su madre o de su entorno familiar, se debería posibilitar que haya mayor participación de los padres dentro de la sala de neonatología mientras su hijo permanezca internado.

En relación a las experiencias tempranas del bebé y el desarrollo de los primeros significados desde el inicio de la vida, Piera Aulagnier (2007) asegura que en cada momento de desarrollo del niño, el aparato psíquico realiza la actividad de representación de forma diferente. La misma sostiene que la actividad de representación del infans es el equivalente psíquico del trabajo de metabolización, característico de la actividad orgánica. Función mediante la cual se rechaza un elemento heterogéneo, o se lo transforma en un material homogéneo, es decir, se incorpora, se absorbe o metaboliza un elemento de información a la propia psique. En este sentido, el concepto de información es el equivalente a información libidinal para la psique. Para que la actividad de representación funcione debe existir entonces, una experiencia de placer: la autora lo menciona como “placer mínimo” necesario para que exista una actividad de representación, placer mínimo indispensable para que haya vida. “La psique y el mundo se encuentran y nacen uno con otro, uno a través del otro” (pág. 30). El mundo, espacio exterior a la psique, se encuentran en un primer momento mediatizado por el espacio psíquico materno. Las palabras y los actos maternos se anticipan siempre a lo que el niño puede conocer de ellos. La oferta precede a la demanda. Si el pecho es dado antes que la boca sepa lo que espera, ocurre un desfasaje. Esta anticipación presenta excesos, ya sea por mucho o por poco (de frustración, de excitación, de gratificación, o protección). Lo que se ofrece representa siempre una carencia ante lo que se espera. Las palabras y los actos maternos se anticipan siempre a lo que el niño puede conocer de ellos. Las producciones psíquicas de la psique materna son los enunciados mediante los cuales habla del niño y le habla al niño.

Existe un primer encuentro boca-pecho, una experiencia originaria de un triple descubrimiento: tanto para la psique del infans, la de una experiencia de placer; para el cuerpo, la de una experiencia de satisfacción; y para la madre, en donde en este caso no puede postularse nada universal (sensación de placer, de dolor, de sufrimiento, etc.) Lo que la madre siente en ese encuentro dependerá de diferentes variables singulares en cada sujeto, por ejemplo, de la angustia de tener que dejar al niño en manos de los médicos por su nacimiento anticipado, del temor frente a él, de su displacer en ser madre, de su forma de concebir su rol, de lo que el discurso cultural propone como modelo adecuado a la función materna.

Nos encontramos frente a la complejidad, la sobredeterminación y la heterogeneidad de las fuerzas en juego de este primer encuentro, que la psique tendrá como función representar: en el momento en que la boca encuentra el pecho, encuentra y traga un primer sorbo del mundo. Afecto, sentido, cultura, están co-presentes y son responsables del gusto de esas primeras moléculas de leche que toma el infans: el aporte alimenticio se acompaña siempre de la absorción de un alimento psíquico que la madre interpretará como absorción de una oferta de sentido.

Piera Aulagnier (2007) plantea que para que haya actividad de representación se requiere de un placer mínimo necesario que posibilite la investidura de la misma. Ya sea que se trate de las necesidades del cuerpo o de la psique, su satisfacción estará siempre acompañada de una experiencia de placer (plus de placer), sin la cual el yo se negaría a catectizar el funcionamiento de la psique y del cuerpo. De este mismo modo, también existe un displacer mínimo necesario para que no aparezca indefinidamente la representación originaria: la actividad psíquica debe volver a forjar una representación, y el trabajo requerido para el surgimiento de una nueva representación determina un estado de tensión llamado displacer mínimo (simétrico al placer mínimo). En toda oportunidad en que la actividad psíquica se acompañe de una excitación que la informe acerca de un estado de necesidad, su meta será metabolizarla y representarla mediante su negación. La existencia de su otro lugar, el espacio corporal, que odiará y querrá destruir toda vez que este se revele sometido a un poder que ella no domina.

El fundamento de la vida del organismo consiste en una oscilación continua entre dos formas elementales de actividades: tomar en sí y rechazar fuera de sí. Actividades que se acompañan con un trabajo de metabolización de lo "tomado", que lo transforma en un material del cuerpo propio: los residuos de esta operación, por su parte, son expulsados del cuerpo. (por ejemplo: respiración y alimentación). La toma en sí de la información, fuente de excitación y fuente de placer, y el intento de rechazar fuera de sí esta misma información cuando se convierte en fuente de displacer. En esta etapa de la vida, es posible vomitar la leche, no así taparse la nariz o cerrarse la cavidad auditiva. Toda información sensorial tiene el poder de exceder el umbral de tolerancia y transformarse en fuente de dolor. Estas ideas se pueden pensar en relación al bebé hospitalizado en la sala de cuidados intensivos de neonatología en donde el neonato está en constante contacto con diversos estímulos: luces, alarmas, sonidos y pinchazos. En este momento de los inicios de la vida lo percibido por la vista, el oído, o el gusto, serán para la psique una fuente de placer autoengendrado por ella, es decir, todo lo representado va a ser vivenciado por el sujeto como creado por él mismo. Forma parte por excelencia de lo que "es tomado" en el interior de sí misma, o, de lo contrario, como una fuente de sufrimiento que se debe rechazar: en tal caso, este rechazo implica que la psique se automutila de aquello que, en su propia representación, pone en escena al órgano y a la zona, fuente y sede de la excitación.

Se podría pensar en estos conceptos dentro de la unidad de terapia intensiva neonatal, en donde un recién nacido recibe estímulos e información constantemente ya sea de su propio cuerpo, como así también del mundo exterior. Sonidos, alarmas, pinchazos, luces, como se dijo anteriormente, envuelven al niño constantemente y él no tiene la posibilidad de poder eliminarlos. De este modo, la ilusión de que es la misma zona erógena la que crea el objeto que le proporciona placer, trae como contrapartida que la ausencia de placer sea vivido como ausencia o defecto de la zona. Esto puede llevar a que el deseo de destruir al objeto, sea acompañado del deseo de automutilar también la zona erógena que aporta dicha sensación de displacer. Estas experiencias en las unidades de cuidados intensivos neonatales podrían poner en peligro la construcción del vínculo madre-hijo y el devenir subjetivo del bebé recién nacido. Son riesgos, lo cual no asevera que necesariamente vayan a ocurrir.

Trazando puentes, tejiendo vínculos

Cuando el nacimiento se anticipa, y el bebé nace de manera prematura y es llevado a la sala de cuidados intensivos de neonatología, esta situación particular,

inesperada y potencialmente peligrosa para la vida del neonato es muy distinta a lo que la familia había imaginado en torno a ese nacimiento. El impacto emocional que produce esta experiencia será vivida por la madre y por el entorno familiar con mucha intensidad, ansiedad y angustia. La separación adulto-niño se da antes de lo esperado y obliga al bebé a pasar de la vida intrauterina a una incubadora asistida e invadido por instrumentos

8

técnicos y mecánicos que lo ayudaran a sobrevivir fuera del útero materno. Pero, para sobrevivir no sólo se necesita del cuidado médico, sino también y fundamentalmente del contacto materno o quien haga sus veces. En este contexto, se pregunta cómo poder pensar la relación adulto-recién nacido, una relación ahora interrumpida y dificultada que no sólo afecta al niño hospitalizado, sino también a todo su entorno familiar en el proceso de duelar este nacimiento anticipado.

Cuando el recién nacido ingresa a la UTIN (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal), el entorno familiar se ve fuertemente afectado. Para los padres es difícil asimilar que el primer hogar de su bebé es un sitio lleno de sondas, monitores, personas desconocidas y sonidos extraños que actúan sobre el bebé, invadiéndolo. Nieri (2012) sostiene que la maternidad constituye una crisis evolutiva, la cual es atravesada por los padres en función de su historia personal, su presente, la ubicación de este bebé dentro de la historia familiar, y agrega que además hay que tener en cuenta que el nacimiento de un niño prematuro provoca una crisis circunstancial. Es decir, se produce una doble crisis: crisis evolutiva y vital, y crisis circunstancial por la internación de su hijo en UTIN. Esta doble crisis lleva a que el entorno familiar del bebé esté afectado por la angustia, la incertidumbre y el miedo de lo que pueda llegar a sucederle al recién nacido. A su vez, Nuñez (2007) también señala dos clases de crisis por las que transita una familia: las crisis evolutivas y las crisis accidentales. Las primeras están ligadas al proceso de crecimiento de una familia, como por ejemplo: embarazo, nacimiento de los hijos, etc. Cada uno de estos períodos exige que la familia se reacomode para poder seguir funcionando de manera habitual. En cambio, las crisis accidentales poseen un carácter imprevisto, inesperado y de disrupción, por ejemplo, la muerte de uno de los integrantes. De esta manera, se podría pensar que el nacimiento anticipado de un bebé prematuro sería una crisis accidental, ya que la internación traumatiza muy significativamente el vínculo del neonato con el entorno familiar y su futura salud. Esta crisis que atraviesa la familia implica una pérdida, un duelo, por el hijo ideal que se ha perdido, cargado con las expectativas, sueños, proyectos, deseos, fantasías y esperanzas de los padres y de la familia en general, entendiendo el duelo a la manera de Freud (2014) como "(...) la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción como la patria, la libertad, un ideal, etc."(p. 241). Es importante que la familia transite y elabore esta situación de duelo para aceptar de esta manera la pérdida y poder encontrarse con el hijo real.

La familia, al enfrentarse con la situación de internación del neonato, transitará por diferentes etapas de elaboración del duelo, según sostiene Núñez (2007): -Una etapa de shock, conmoción, la cual se produce en el instante en que se le comunica a la familia que deberán hacer nacer al bebé de manera repentina antes de la fecha esperada, ya que existe algún riesgo que compromete la vida del bebé y de su madre. -Una etapa de negación, en donde aparece el anhelo y búsqueda del hijo sano por parte de los padres y la esperanza de que todo se arregle, de que puedan darle el alta médica a su bebé y lo antes posible volver con él a casa. Aparecen los sentimientos de culpa, enojo y hostilidad en cuya base está la profunda tristeza por el reconocimiento de la pérdida del hijo sano y la imposibilidad del reencuentro con él.

-Una etapa de recuperación, equilibrio, en donde los padres van aceptando algo de lo irreparable de la pérdida.

-Y una etapa de reorganización, que implica una aceptación del hijo con sus posibilidades

y limitaciones. Hay una redefinición de la situación y de los roles familiares. Si bien Nuñez (2007) realiza una descripción esquemática de la elaboración del duelo, no quiere decir que estas etapas se den en su totalidad una tras otra, sino que es fundamental tener en cuenta que cada familia hará su recorrido particular, con los recursos psíquicos que tengan para enfrentar la situación. Para los padres, el tránsito por la UTIN, implica un encuentro con constantes obstáculos, ya que dependen de que médicos y enfermeros les den permiso para poder ver a sus hijos, para poder tocarlos y acariciarlos. Tal como menciona Zahnstecher (2015), es un vínculo cargado de

9

imposibilidades, y es en este contexto en donde trataran de desear y alojar a la cría humana.

A partir de la lectura del Psicoanálisis se conoce la importancia de este primer vínculo adulto-niño. En el Proyecto de Psicología para Neurólogos, Freud (1895) dice que el cachorro humano es ante todo indefenso, y que viene al mundo en un estado de desvalimiento, necesitando entonces la presencia de otro auxiliador que dé lugar a que se vivencie la primer experiencia de satisfacción. Esta vivencia se organizará en relación a la alimentación. A partir de la acción específica de otro, que ante este desvalimiento originario auxilie y lo constituya a partir de su propio deseo. No se podría pensar en la vivencia de satisfacción sin otro que acuda en respuesta, y sin algo que motive su llamado. Así, cada vez que surja un aumento de displacer, se dirigirá a un otro.

El psicoanálisis se ocupa de un cuerpo distinto al cuerpo biológico de la medicina. Para esta última, el organismo es un dato que se va desarrollando. Para el psicoanálisis en cambio, el cuerpo no es un dato, nacemos con un organismo, pero construimos un cuerpo, el cual es un efecto que se da por la acción del significante. Para el psicoanálisis la causalidad es simbólica, subraya la autonomía del orden simbólico, que a través de la palabra, es capaz de transformar lo orgánico. La palabra del Otro recorre el cuerpo del niño, sus cuidados, sus caricias, marcarán y delimitarán ese cuerpo, erogeneizándolo. Se constituirán de esta manera sus zonas erógenas. Los orificios serán los bordes del que partirá el recorrido de la pulsión, para volver a él una y otra vez.

La función materna estará comprometida en la libidinización que erotiza el cuerpo (del niño o niña), convirtiéndolo en humano, alejándolo de una mera forma biológica, incluyéndolo en el campo de la palabra, desde la voz y la mirada, haciendo litoral con la letra que preparará el campo al significante. Desde el imaginario, operando como espejo, devolviéndole las primeras respuestas a la pregunta: quién soy. Nombrándolo (Martínez, 2010). Para tener un cuerpo y hacer uso de él, deben entretenerse los hilos de lo simbólico, lo real y lo imaginario. Es la acción simbólica la que instala la constitución de un cuerpo, delimitándolo, contorneando bordes, como así también las dimensiones del espacio y el tiempo (Tomás 2000).

Los Psicoanalistas sostienen que lo que marca el ritmo del desarrollo es el deseo del Otro que opera en el niño a través de su discurso. El niño nace en un estado de indefensión y desvalimiento que lo hace dependiente, necesita de otro que se ocupe tanto de su sostenimiento físico como psíquico para poder sobrevivir. Por lo tanto, no solo debemos tener en cuenta la realidad del niño portador del problema, sino también y fundamentalmente la de su madre y padre o quienes cumplan su función, ya que estos están implicados afectiva y efectivamente ante la presencia de un diagnóstico que irrumpe y altera el proyecto deseado para su hijo/a.

Como sabemos, Freud en su texto "Introducción del Narcisismo" (2014) sostiene que no hay una unidad comparable al yo desde el comienzo, sino que el yo tiene que ser desarrollado a partir de un proceso identificatorio. Dice "algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya" (p. 74). Este nuevo acto psíquico Lacan (1987) lo ubica en la identificación imaginaria,

sosteniendo que el yo se constituye en base a la relación imaginaria del sujeto con sus identificaciones formadoras. Y va a explicar esta formación del yo a partir del “Estadio del espejo” el cual permite pasar de una imagen del cuerpo fragmentada a un cuerpo virtual unificado a partir de la intervención del Otro. Es decir que el Yo está determinado por el Otro, es el gran Otro (la madre o quien cumple su función) el que me indica el lugar simbólico en el que tengo que colocarme para acceder a la imagen y decir “ese soy yo”. Entonces, si tenemos un gran Otro que nos mira desde la imposibilidad y la etiqueta de la prematuridad, será desde allí desde donde nos veremos y desde donde se constituirá nuestro yo, porque estamos alienados a la imagen del Otro.

Savid (2011) afirma que existe un tiempo anticipatorio, es el tiempo de la ilusión de los padres, donde “se habla” de un niño, es el tiempo del “haber sido” pensado, fantaseado, deseado. Dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales la presencia constante de los padres que acompañan al bebé y el entorno familiar y afectivo que oficia

10

de sostén, favorece a que ese cachorro humano sea puesto en el encadenamiento transgeneracional familiar. Bañado por los significantes, el cuerpo del niño deja de ser pura carne, ya que ahora es recubierto simbólicamente “se parece al padre”, “tiene los ojos del abuelo”, se reconocen en el cuerpo rasgos familiares. La mirada y la voz materna van a ir negativizando este organismo y lo van a ir transformando en un cuerpo simbólico, un cuerpo libidinizado, moldeado por palabras.

Para contar con un cuerpo es condición primordial contar con una imagen amable y alienarse a ella. Este enlace libidinal es responsable de la supervivencia del sujeto en su cuerpo. El estadio del espejo precipita al humano a asumir una Gestalt constituyente cuando aún está sumido en la impotencia motriz y la dependencia a la lactancia; empuja al sujeto a pasar de la insuficiencia, inacabancia y desamparo a la ilusión de una autonomía, le anticipa imaginariamente la aprehensión y el dominio de la unidad de su cuerpo (Savid 2011, p. 119).

Un niño además de ser deseado también tendrá que ser amado, nombrado, nominado. Pero el bebé real con el que se encuentran tanto las madres como los padres, es distinto al tanto tiempo esperado y soñado por ellos, como así también es distinto todo lo que habían imaginado en relación al nacimiento del mismo. De allí la importancia de poder ofrecer al entorno familiar del niño el sostén emocional necesario para que se desarrolle el vínculo inicial entre el bebé y su figura de afecto, acompañando el proceso de aceptación de las dificultades que van apareciendo dentro de esta situación de particular vulnerabilidad. Suele suceder a veces en niños que pasan mucho tiempo hospitalizados, donde luego del alta médica hay un exceso de cuidados por parte de los padres. Por no reconocer rasgos del niño soñado, poco se espera de él. Se satisfacen sólo las necesidades vitales, hay un exceso de cuidados, de dependencia del otro, “sin espacio para que el niño monte sus ficciones de unión con el cuerpo materno, ya que es casi una prolongación de éste, puro órgano expuesto a un exceso de contemplación” (Savid 2011, p. 152).

Intervención temprana, la función del psicólogo

Como profesionales de la Salud Mental nos preguntamos ¿Cuál es nuestro rol en estas situaciones? ¿Cuál es el lugar de la intervención psicológica?

La interacción madre-hijo durante el período de internación no será igual a la que tiene lugar entre una madre y su bebé sano. La diferencia estará dada porque, en la diada madre-bebé sano, la mamá cuidará de su hijo en la intimidad de su hogar, rodeada

de su familia, lo acunará en sus brazos. En cambio en la diada madre-bebé internado, la madre debe acompañar y cuidar a su bebé en un ambiente medicalizado, monitoreado, rodeada de médicos, enfermeros, donde los ritmos y las rutinas son indicaciones médicas. La madre deberá poder construir junto a su bebé un clima de intimidad, contacto afectivo, dentro de un ambiente público, dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales (Santos 2013). Este contexto particular implicará que el proceso de vinculación, presente características diferentes, propias del contexto de internación.

Detrás de toda la tecnología de una sala de cuidados intensivos neonatales hay un bebé que espera recibir afecto mediante la palabra, el contacto piel a piel y la mirada. Nuestro trabajo allí será sostener a los padres frente a la dramática situación del bebé internado. ¿Cómo está el bebé?, ¿A quién se parece?, ¿Cuándo estará listo para que le den el alta y pueda salir de la UTIN? Estas preguntas que se generan entre el entorno familiar de los bebés están cargadas de diferentes sensaciones, sentimientos, angustia e incertidumbres. Muchas veces los padres, tras pasar largos días y semanas dentro del hospital, crean con sus semejantes (los papás de otros bebés también hospitalizados) redes de sostén que suavizan y apaciguan la prolongada espera por el alta médica del

11

niño. La organización de algunos hospitales da la posibilidad de que haya visitas programadas para abuelos y hermanos, con días preestablecidos. Es importante contar con el apoyo y sostén del grupo familiar y afectivo, que acompañen a los papás durante el período de internación del bebé. Dehollainz (2013) afirma que “ofrecer un abrazo o un oído atento, son grandes demostraciones de apoyo y afecto en estos momentos” y señala que “para sostener, es necesario ser sostenidos” (p. 153) es decir, que para que estos papás puedan alojar al bebé recién nacido, necesitan de una red de sostén adecuada que los acompañe a afrontar esta difícil situación.

La prematuridad deja marcas en el psiquismo que se inscribirán en ese sujeto, y en el entorno familiar que lo rodea. La Neonatología se trata de una clínica en la frontera de la vida y la muerte. La función del psicólogo será la de intervenir para darle una oportunidad de ser otra cosa, algo más que un bebé prematuro. De darle posibilidades a los padres de tamizar el sufrimiento que causa el encuentro con el bebé que llega antes de tiempo. Se interviene con los padres para donarles imaginario y simbólico como cobertura que vele ese real. Se les señala por ejemplo, que su bebé reconoce su voz porque la escuchó estando en el vientre, es una apuesta que luego en algunos casos puede ayudar a crear el principio de un lazo, tal como sostiene Zahnstecher (2013).

La tarea del psicólogo tendrá que ver con abrir un espacio en el que los padres puedan volcar todas sus inquietudes de tipo emocional y afectivo, además de rastrear los recursos con los que cuenta la madre, la pareja y todo el entorno familiar para afrontar el contexto de hospitalización del bebé recién nacido. Es decir, se trata de contribuir a elaborar la situación nueva. Los cuidados de las terapias intensivas neonatales no sustituyen los cuidados maternos (Oberman, 2013). Cualquier situación que aleje a los bebés de sus padres, representa un obstáculo para el vínculo en el presente y un posible conflicto en el futuro. La construcción de este vínculo que tiene lugar en los primeros momentos de vida del bebé, tal como sostiene Santos (2013), constituye un proceso. Es decir, que este vínculo temprano que une al bebé con su madre o cuidador, no es instantáneo ni automático sino que se va construyendo y elaborando progresivamente en una relación donde participan diferentes variables que pueden facilitar o dificultar su sano desarrollo.

Desde una perspectiva psicoanalítica, proponemos la orientación por el síntoma, por aquello “que no anda”, por el malestar. Si la política del “para todos” y los principios sobre los que se apoya, va en detrimento de la aparición del sujeto en su singularidad, nuestra función como analistas será estar a la espera de alguna

ocasión para intervenir a favor de su advenimiento. En este caso, encontramos que ciertos postulados que operan en la Sala de Neonatología donde trabajamos, tales como la referencia a un saber instintual materno o al ideal de familia, resultan obstaculizantes por la universalidad que pregonan. Es el peso de tales ideales lo que encontramos, en muchos casos, a la base del malestar. Se tratará entonces de intervenir para cuestionarlos, descompletándolos, y así dar lugar a lo más singular del sujeto. (Chairo & Romé 2012, p. 167).

Estas palabras nos hacen pensar que sería ingenuo concebir a la maternidad como un hecho abstraído y desligado de las características sociales y culturales, propias de una época en particular. Muchas veces la maternidad aparece como una idea naturalizada, y por ende, incuestionable. El ideal de madre perfecta con su hijo soñado no da lugar a admitir cualquier vestigio de sentimientos ambivalentes de las madres. En relación a esto, Paolini (2013) expresa que la práctica del psicólogo consiste en detectar a partir de la escucha de esta situación conflictiva, en un trabajo que permita desnaturalizar y cuestionar los mitos y las creencias que rodean la concepción de la maternidad, ya sea tanto en el trabajo con las madres y las familias, como así también con todo el equipo profesional de la salud, con el objetivo de que no se reproduzcan practicas sostenidas desde esta concepción natural y ahistórica de la maternidad, y poder desde allí, dar lugar entonces a la ambivalencia, los miedos, la angustia, y la incertidumbre, para que pueda emerger lo humano.

12

Reflexiones finales...

Cuando un bebé nace antes de tiempo y tiene que quedar internado durante un largo período de tiempo dentro de la sala de cuidados intensivos neonatales, estas experiencias conllevan sus consecuencias y dañan el vínculo tempranísimo entre madre e hijo y la constitución de su incipiente aparato psíquico. Dichas marcas de la prematurez que se inscriben en el desarrollo subjetivo del bebé podrán ser físicas o psíquicas. ¿Qué hay entonces de esas marcas del dolor físico, del displacer que genera tensión en el naciente aparato psíquico del niño? La prematurez favorece a la distancia entre el bebé y sus cuidadores, ya que, en el momento del nacimiento, el niño es separado de su madre y requiere un cuidado médico especial que no era previsto. ¿Cómo transcurren los primeros tiempos de vida del niño dentro de la unidad de cuidados intensivos? La interacción madre-hijo durante el período de internación no será igual a la que tiene lugar entre una madre y su bebé sano. La diferencia estará dada porque, en la diada madre bebé sano, la mamá cuidará de su hijo en la intimidad de su hogar, rodeada de su familia, lo acunará en sus brazos. En cambio en la diada madre-bebé internado, la madre debe acompañar y cuidar a su bebé en un ambiente medicalizado, monitoreado, rodeada de médicos, enfermeros, donde los ritmos y las rutinas son indicaciones médicas. La madre deberá poder construir junto a su bebé un clima de intimidad, contacto afectivo, dentro de un ambiente público, dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales (Santos 2013). La función materna estará comprometida en la libidinización que erotiza el cuerpo (del niño o niña), convirtiéndolo en humano, alejándolo de una mera forma biológica, incluyéndolo en el campo de la palabra, a partir de sus caricias, la voz y la mirada, que recorren el cuerpo del niño, delimitándolo, unificándolo.

La labor psicológica dentro de estos contextos será poder decodificar las angustias, las emociones y la historia familiar de ese bebé. Acompañar e intervenir como sostén emocional terapéutico del vínculo madre-bebé en esta situación de particular vulnerabilidad, abriendo un espacio en el que los padres puedan volcar sus inquietudes de tipo emocional y afectivo.

La psicología en la actualidad deberá ser capaz de dar respuesta a una

necesidad ancestral: la de toda mujer y toda familia de sentirse escuchada, respetada, acompañada y sostenida ante la llegada de un bebé y el inicio de la vida (Oiberman 2013, p. 23).

Por lo tanto, será la función del profesional en salud mental poder rastrear los recursos con los que cuenta la madre y toda la familia para poder afrontar estos difíciles momentos, ya que, por consiguiente, el costo de la imposibilidad de elaboración del duelo por el bebé imaginado y perfecto, repercute directamente en el costo de riesgo de vida del bebé, quien, ante la carencia de simbolización, propia de esta etapa evolutiva, expresa de manera orgánica su padecer (Oiberman et al. 2013). Es por eso que será fundamental remitir a la singularidad y particularidad de cada niño y de cada familia con sus posibilidades, sin quedar capturado dentro de la universalidad, de un conjunto, sin nominación y sin posibilidad de ser algo más que un niño prematuro.

13

Bibliografía

- Castoriadis-Aulagnier, P. (2007). La violencia de la interpretación. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Castro, M. (2018). El trabajo clínico del psicólogo en una unidad de cuidados intensivos neonatales. En Caleidoscopio (pp. 183-193). Rosario, Argentina. UNR Editora.
- Chairo, L. & Romé, M. (2012). Psicoanálisis y Hospital: Una experiencia en neonatología.
- Dehollainz, I. (2013). La presencia de los abuelos en neonatología. Los otros en el campo perinatal.. En A. Oiberman (Ed.), Nacer y acompañar (pp.147-159). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Freud, S. (1985). Proyecto de psicología para neurólogos. Volumen I. Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Freud, S (2014). Duelo y melancolía. En Obras completas. Volumen XIV. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2014). Introducción del narcisismo. En Obras completas. Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hausrt, M., Milán, T., Gonzalez, M., & Oiberman, A. (2015) Incidencia del tiempo de internación en la terapia neonatal sobre las interacciones madre-bebé de alto riesgo.

- Lacan, J. (1987); El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica; Escritos 1; México, S.XXI.
- Levin, E. (2010). La experiencia de ser niño. Plasticidad simbólica. Ediciones Nueva Visión.
- Martinez, A. (2010, 15 abril). Infancia en Psicoanálisis. Recuperado 10 diciembre, 2019, de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-23174-2010-04-15.html>
- Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la Psicología Perinatal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Volumen 31 (pp. 18-21). Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina.
- Nuñez, B. (2007). Familia y discapacidad. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (2013). Nacer y acompañar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Paolini, C. (2013). La depresión en la mujer y la maternidad. En A. Oiberman (Ed.), Nacer y acompañar (pp. 225-239). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- 14
- Ruiz, A. (2004). Un nacimiento antes de tiempo. Subjetividad y procesos cognitivos.
- Santos, S. (2013). El abordaje clínico psiconeonatal de los nacimientos prematuros. En A. Oiberman (Ed.), Nacer y acompañar (pp. 225-239). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Savid, C. (2011) Construcción de la subjetividad y sus tropiezos. Rosario, Argentina. Laborde Libros Editor.
- Tomás, S. (2000). Función materna y constitución subjetiva. Imago Agenda. <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1245>
- Zahnstecher, C. (2013) El bebé entre la ciencia y la mirada de los padres.

