¿Vale Jesús lo mismo que el ladrón?

Osvaldo A. Menéndez

"El niño puede emplear un objeto transicional cuando el objeto interno está vivo, es real y suficientemente bueno. Pero este objeto interno depende de la existencia, vitalidad y conducta del objeto externo. Un fracaso del último en alguna función esencial, indirectamente conduce a una cualidad persecutoria o mortífera del objeto interno".

D. Winnicott, *Realidad y juego* (1992)

INTRODUCCION

Dentro del campo teórico clínico del desarrollo temprano, este trabajo aporta una propuesta sobre cómo operar para elaborar el dolor por la separación prematura de la díada.

Un caso clínico nos permitirá mostrar una experiencia de intervención activa, en el tiempo en el que van ocurriendo los hechos, que pueden marcar el destino psicosomático del bebé.

Esta modalidad operacional es potencialmente terapéutica pero no excluye la posibilidad de investigación.

TODOS SOMOS PREMATUROS

El bebé humano al nacer no puede, como otros mamíferos, *ni seguir* a su madre, *ni colgarse* de ella. Esta situación lo conduce al desamparo y a la dependencia de un otro que *interprete* sus actitudes.

¿Cómo se establece ese proceso? Se supone que pese a que los cuerpos se han separado, la madre puede seguir sintiendo "suyo" al bebé y podría dejarse habitar por sus estados emocionales y captar sus necesidades. Esto llevó a pensar que el *funcionamiento interactivo precede al funcionamiento mental.* La vivencia personal surgiría dentro de una perspectiva subjetiva-social que resultaría de las interacciones con los cuidadores.

Cuando el bebé nace antes de los nueve meses, su capacidad de expresión se ve disminuida, por lo que resulta más difícil para la madre interpretarlo.

Los estudios de niños muy pequeños se apoyan en la observación de la interacción mamá- bebé. Se analizan cada uno de los integrantes sin perder de vista el conjunto. Se intenta una aprehensión bifocal de la interacción. Lo observado representaría *el proceso de formar parte de otro y el de constituirse como un todo separado.*

En 1943 Imre Hermann, representante de la Escuela Psicoanalítica Húngara, llamó *instinto de aferramiento* a los diferentes modos de prendimiento del neonato, que luego se despliegan simbólicamente. Lo entendió como expresión del *amor primario*.

Dorothy Burlingham y Anna Freud (1944) marcaron diferencias individuales en la capacidad de apego de los lactantes. Detectaron que algunos bebés parecen tener un *poder emisor* (*sending power*) para atraer personas con capacidades maternales disponibles. Entiendo que D. Meltzer y M. Harris (1988) retoman esta idea en su concepto de *reciprocidad estética.* El bebé y su mamá caerían en un estado de fascinación recíproca que sería una de las llaves que pondrían en marcha la tendencia al desarrollo. A partir de una base instintiva surgiría, como fruto del pensamiento imaginativo, un vínculo a nivel simbólico que tendría su manifestación más rica en el impacto estético. Se estaría equiparando belleza con vitalidad y fealdad con muerte. La fascinación de la mamá hacia su hijo estaría centrada en la posibilidad imaginativa de convertirse en un ser humano más evolucionado. Esto mismo sería válido para el padre. El conflicto estaría en parte condicionado por la actitud de la madre, pero también por *la forma en que actúa, o no, el infante.*

Ahora bien, los bebés prematuros no son atractivos y para colmo suelen pasar los primeros días de su vida con un antifaz, que les impide mirar y ser vistos "ojo a ojo". Esto, se supone disminuye las posibilidades de ser catectizados por el adulto.

M. Klein en su trabajo "Nuestro mundo adulto y sus raíces en la

infancia" (1959) examina la conducta humana de ayuda social. Dice que la posibilidad de identificación con el semejante en peligro, sumada a la capacidad de amor y generosidad permitiría entender las acciones de personas que arriesgan su vida por salvar a otras. El goce que el bebé experimentó en su pasado, al sentir que amaba y era amado, se transferiría no sólo a las relaciones con las personas sino a determinados trabajos que permitirían un enriquecimiento de la personalidad y de la capacidad de disfrutar de la tarea. Agrega que todas las formas de ayuda social permitirían satisfacer este anhelo de *reparar*.

Quizás los bebés prematuros no sólo no pueden producir en sus mamás un estado de fascinación recíproca sino que requerirían de una mamá y (o) un equipo de trabajo dispuesto a acompañarlos en un devenir donde la posibilidad de muerte o secuelas están muy presentes, especialmente durante las primeras semanas.

LA CLINICA

El caso sobre el que vamos a trabajar no puede ser considerado *depresión anaclítica,*[1] ya que no hubo tiempo ni interacciones mamá-bebé suficientes para que el bebé pudiera llegar a reconocer al objeto. Nos conectamos con la situación un mes antes del nacimiento del bebé.

Una señora de 23 años, que llamaremos María, debía ser intervenida quirúrgicamente por presentar una metástasis cerebral de un melanoma. El neurocirujano quería conocer el parecer de obstetras y neonatólogos porque la paciente estaba embarazada de aproximadamente cinco meses y era necesario saber cuándo podía operarla sin poner en peligro la vida del bebé. No estaba claro el tiempo de la gesta, ya que el diagnóstico de embarazo surgió en los estudios prequirúrgicos. La neonatóloga sugirió esperar, por lo menos, cuatro semanas más. El interés se centró primero en María: ¿cómo un cáncer en una mujer tan joven? ¿Cómo empezó? ¿Por qué?

María viene de un país vecino. Hace tres años le apareció un lunar en un párpado. Al año se descubrió un bulto en su cuello y pensó que

[1] Spitz (1974) llama depresión anaclítica al estado producido por la ruptura del vínculo objetal. Entiendo que cuando él habla de relaciones de objeto, hace hincapié en la presencia del objeto externo.

era un ganglio. Se hizo biopsia y resultó ser la glándula parótida invadida por el melanoma.

El melanoma es un tumor hormono-dependiente, que se activa con los embarazos. Se suponía que la primera metástasis cerebral, de la que había sido operada hacía un año, habría sido desencadenada por su primer embarazo.

En el momento actual, con un hijo de once meses, volvían a confluir: embarazo, metástasis cerebral y peligro de pasaje de la enfermedad al bebé, ya que el melanoma es uno de los pocos tumores que puede atravesar la barrera placentaria. La sensación de invasión de lo malo, de una manera tan imparable, hacía muy difícil pensar; más bien despertaba sensaciones corporales de intenso malestar y deseos de alejarse o al menos de dejar de escuchar. Pero se nos consultaba por un bebé. ¿Cómo ayudar a preservar la vida de un bebé que quiere venir al mundo en medio de semejantes condiciones? Nos resultó muy difícil pensar en el embarazo e imaginar a un bebé, pero compartimos con la neonatóloga, la indicación de *darnos tiempo, darle tiempo*, por lo menos cuatro semanas.

NACE JESUS

Conocimos a Jesús una semana después de su nacimiento. Tenía 31 semanas y estaba en Terapia Intensiva Neonatal. Su mamá estaba en la sala de clínica médica ya que luego de la cesárea le extirparon la metástasis cerebral.

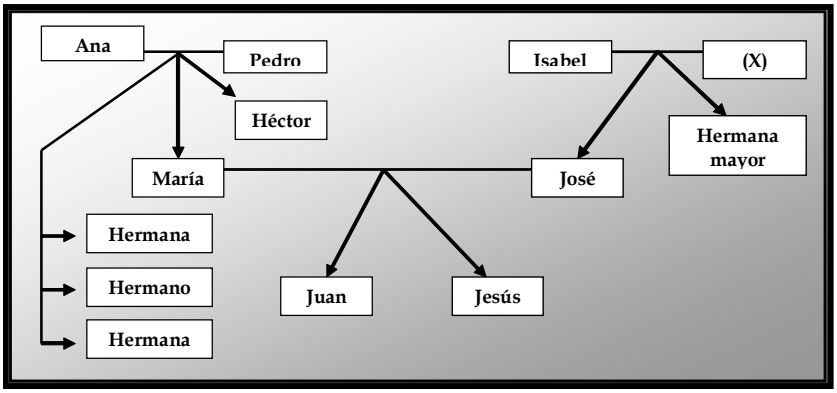
Primero vamos a ver a María, la encontramos con su mamá, a la que llamaremos Ana. María escucha con mucha atención pero parece tener dificultad para expresarse. La madre espontáneamente compensa, terminando las frases o respondiendo por ella.

Entre las dos nos cuentan que vinieron a Buenos Aires debido a la enfermedad. Su mamá la acompañó pero dejó en su país de origen tres hijos menores.

Preguntamos por Juancito, el hijo mayor de María (de un año), y nos responden que está al cuidado de su abuela paterna, en la casa de su hija (única hermana de José) donde viven José (marido de María) Juancito y la abuela paterna, Isabel. María, esta vez sin la intervención de su madre, habla de José. Nos dice que lo conoció hace tres años y medio. Que le gustó porque era tranquilo, tenía paciencia y se llevaba muy bien con ella. Plantea que se cuidaban los dos, pero igual

quedó embarazada. Cuenta que él no tiene un trabajo fijo, hace "changuitas" (la que mantiene la casa es la hermana).

Impresionan como toda una red de parientes que se desplazan en bloque de un lugar al otro con un espíritu muy solidario.



Les proponemos ir a ver a Jesús. Acceden. Al llegar al pasillo de Neonatología vemos a la Dra. "S" (neonatóloga de Jesús). Se saludan y vamos todos a la terapia. En la puerta la abuela nos dice que prefiere no entrar y vuelve al pasillo.

La Dra. "S" ayuda a María a lavarse las manos y ponerse el camisolín. Es necesario hacerle tocar las cosas para que las reconozca. Yo enciendo una luz adicional y le pregunto si así es mejor. Me dice que sí.

Vamos hacia la incubadora. Jesús tiene puesto el respirador y una venda sobre los ojos que prácticamente le tapa la cara. Tiene sensores por todos lados excepto el brazo derecho que mueve permanentemente.

La Dra. "S" toma la mano de María y la lleva hacia Jesús, hacia el bracito libre. María parece reconocerlo y sonríe. Lo acaricia. No le habla. En Jesús yo no llego a percibir reacción excepto la impresión de estar buscando "algo" en ese permanente movimiento del brazo. Me impresiona muy "desparramado" en la incubadora. Es tan pequeño, pesa 920 gramos. Le pregunto a la Dra. "S" si no se le puede armar un nido para que tenga "topes". Me dice que como tiene muchos sensores se lo sacaron porque enredaba las canalizaciones.

María impresiona mareada. La Dra. "S" le propone sentarse, le saca el pañal y muestra el cuerpo desnudo de Jesús. Tengo la impresión de estar viendo un bebé dentro de la panza. Recuerdo un video que hace poco vi acerca de filmaciones ecográficas. Me cuesta entender que es un bebé con nombre, que ya nació.

Nuevamente María tiene una expresión de malestar. La Dra. "S" le pregunta si está cansada. Ella dice que por hoy es suficiente.

La acompañamos con Marina (co-observadora) para que se saque el camisolín. Cuando giro para abrir la puerta, siento que María grita y me agarra de un brazo. La sostengo y me dice que sintió electricidad. Marina le dice que fue el camisolín en el codo ¿electricidad estática?

Se la ve muy asustada y dice: "Son muchas cosas. Hablé mucho."

Yo tuve la impresión, en el momento del grito y del abrazo, que salían chispas de algún lado. ¿Electricidad estática? ¿Fulguración? ¿Reintroyección brusca? Quedé con la sensación de que esa entrada tuvo algo de procesión, de ceremonia, de encuentro, de presentación, de despedida.

Ahora lo pienso como la situación de una madre que va a conocer a un hijo del que se va a desprender. Sería una despedida con la vivencia del susto primario frente al desgarro. El registro sería corporal: "como un rayo de electricidad"; su expresión: el grito y el gesto de aferramiento.

¿Grito por la caída del hijo? ¿Aferramiento ante vivencias muy tempranas, de ser ella arrojada por su madre?

UNA SEMANA DESPUES... (JESUS TIENE 10 DIAS)

Al encontrar a Marina me cuenta que no le hicieron la quimioterapia a María porque llegó tarde, pero lo que más le extraña es que le dieron el alta.

Vamos a la sala de Neonatología y nos encontramos con el Dr. "N" a quien le contamos la situación. Nos propone ir juntos a Oncología. Vemos primero al médico que le va a hacer radioterapia. Nos explica que va a tener aplicaciones diarias durante un mes y medio y nos presenta al Dr. "L", el oncólogo, que se va a ocupar de la quimioterapia. Nos recibe con una sonrisa, pero pregunta extrañado "¿Por qué tantos?". El Dr. "N" nos presenta y le cuenta la situación de Jesús, que es prematuro, de bajo peso, que nació con

membrana hialina, que está con respirador y que el pronóstico es reservado.

El oncólogo nos advierte que el pronóstico es muy grave porque al melanoma se agregaron dos embarazos.

Le preguntamos el porqué del tratamiento ambulatorio teniendo un bebé internado en el Hospital y ella tanta necesidad de tratamiento (radioterapia diaria - quimioterapia).

Nos dice que él no sabía que el bebé era prematuro; que pensaba que se iba a casa con el bebé y que así podría tener lactancia materna. El Dr. "N" le explica que la lactancia no es posible por las drogas que María está tomando.

Nosotros le planteamos la importancia del contacto mamá-bebé y nuestra preocupación al alejarlos en un momento tan crítico para ambos.

Volvemos a Neonatología y el Dr. "N" decide armar una reunión con María, su madre, Marina y yo. María esta prácticamente muda durante casi toda la entrevista. El Dr. "N" plantea que podría llegar a conseguir una cama, en algún sector del hospital, si ella quisiera quedarse. Dice que entiende que la decisión es difícil porque quedarse implica dejar en casa a Juancito que tiene sólo un año, pero irse también genera malestar por dejar a Jesús que tiene diez días y está en terapia intensiva. El cree que para Juancito sería mejor que la madre vuelva a la casa pero para la madre y para Jesús sería mejor que se quedara internada porque así María podría ocuparse mejor, tanto de su enfermedad como de Jesús.

Aclara que esa es su opinión, pero que es necesario conocer la de María.

La abuela dice que a María la pone bien estar con Juancito: "Es mejor que vaya a la casa y se ocupe de su hijo porque yo tengo que ocuparme de los míos".

Nos informa que el sábado, ella y su marido, van a viajar para buscar a sus hijos. También nos dice que María está casada y que José tiene un 100% de responsabilidad sobre ella, "Yo como madre sólo el 50%, ¿Ustedes qué piensan?"

El Dr. "N" señala que la reunión es para darles información y que ellos como familia tienen que evaluar qué es lo mejor para ellos; que no es fácil conseguir una cama, pero que es factible. La mira a María y le pregunta: "¿Usted qué piensa?".

María baja la vista y dice en voz muy baja "Estoy pensando mucho".

La abuela dice que a su hija le hace muy bien estar con Juancito y que ella está muy conforme con el alta. Añade que está muy agradecida al Hospital y a todos nosotros por lo que hemos hecho, que es *inseparable*. El Dr. "N" da por terminada la reunión.

Me pregunto si inseparable querrá decir que el destino de Jesús está ligado al del Hospital, a nosotros...

Al salir le pregunto a María si vio a Jesús. Dice que no, que la última vez fue cuando fue con nosotros. Quedo con la impresión que ha elegido un hijo, Juancito. ¿Para vivir o para morir con él?

Hoy me llama la atención la crudeza del discurso de la abuela. Reniega de su hija, decide por ella y evalúa esta situación de máximo dolor en términos de porcentajes de responsabilidad. Cierra toda posibilidad de contar con ella, como el continente que María necesita y desde el cual se podría haber intentado un acercamiento al bebé. ¿Por qué reniega de ella como hija? ¿Debería haber tomado un camino semejante al de su hermano Héctor?

El amor está ausente, sólo aparece la culpabilidad de otro u otros.

FUNCION MATERNA

"Ella vive con la Belleza, Belleza que tiene que morir, y con el júbilo, cuya mano tiene siempre en sus labios, diciendo adiós..."

John Keats, "Oda a la melancolía"

Jesús tiene en el hospital la posibilidad de muchos contactos humanos, pero ninguna de las personas con las que se conecta está dispuesta a ubicarse en el rol de madre. Falta la *preocupación maternal primaria,* diría Winnicott, ese estado de hipersensibilidad, casi una enfermedad, que le permite a la mamá identificarse con su bebé. Algunas investigaciones señalan que estas *preformaciones funcionales de apego* se mantienen y desarrollan en el niño si encuentran el movimiento recíproco de investidura materna que las sostiene y las lleva a lo que D. Stern (1991) llama *"formas de vitalidad"*. Si falla esta reciprocidad, el porvenir psicosomático del niño corre graves riesgos. A Jesús, nadie lo hace suyo y eso pone en peligro su vida psíquica.

Una vez que se comprueba que el melanoma no atravesó la placenta, en Jesús queda la vida, pero en la madre sigue estando la muerte, por lo que es entendible que no pueda entregarse a Jesús.

Pienso que se halla en estado de shock, de duelo no elaborado en el momento de este nuevo nacimiento. Por todo esto no puede tener en su imaginación un bebé sano, vital, fascinante que la haga sentir feliz. A su vez Jesús, en su condición de prematuro, con su presencia vulnerable, con su propia amenaza de muerte no puede ayudarla y el circuito se retroalimenta negativamente.

Aferrarse a él, ¿no implicaría matarlo, llevárselo con ella? Pero dejarlo solo ¿no es también matarlo, al menos emocionalmente?

No obstante, María hace todo lo que puede para que Jesús sea aceptado por terceros. Le puso como primer nombre el del médico que la operó y de segundo Jesús. Suponemos que buscó en el médico un padrino (segundo padre). No lo consiguió. Le envió un regalo, pero nunca vino a verlo. El personal del hospital elige llamarlo por su segundo nombre: Jesús, y María termina aceptándolo.

¿Cómo es posible que nadie adopte a Jesús? ¿Nadie lo quiere porque Jesús es feo? ¿Pero qué es lo feo de Jesús?

¿Sigue despertando Jesús el temor de encontrar la muerte en él, más allá que el melanoma no esté? ¿Se lo imagina como un bebé envenenado-envenenador?

Pienso que la fealdad de Jesús no estaría en lo externo, sino en lo que su imagen genera en el interior del otro: una sensación de malestar, de tensión, de incomodidad, de peligro. ¿Quién puede ocupar ese lugar vacante? ¿Quién puede hacer sentir a Jesús su hijo?

EL PADRE

Lo llamaremos José. Le cuesta hacerlo su hijo. Lo viene a ver, pero no lo inscribe. Los dos nombres fueron elegidos por la madre y él no le da su apellido. ¿Teme que Jesús se muera? ¿Quiere que se muera?

En una de las muchas infecciones que hizo Jesús, en sus primeros tres meses, su estado era crítico y la mamá de otro bebé ofreció dar leche para Jesús. Se lo consultó y no la autorizó. ¿Quiere que muera o busca un héroe, un hijo con una capacidad de lucha fuera de serie? ¿Lo está probando?

Dice ver a Jesús parecido a su cuñado Héctor (tío materno de Jesús); éste aparece en el relato como el hombre más sufrido y laborioso de la familia. Hace tres años se fue a Japón a trabajar y al enterarse de la situación, mandó dinero para comprar una casa donde puedan vivir "todos". Héctor ayuda sin ver, sin discriminar. José

discrimina y parece que lo pone violento la imagen de Jesús, lo lleva a alejarse porque, quizás lo llena de dolor.

Los observadores no tuvimos muchos encuentros con José y no hubo demasiado diálogo. Sí nos dijo que *él no conoce a su padre*. María nos contó que el padre abandonó a la familia cuando José tenía seis meses. La hermana mayor sabe donde vive y periódicamente lo visita, pero José no. Entiendo que nosotros le estamos pidiendo que él haga por Jesús lo que su padre no hace por él: *ir a verlo*. Pienso que José no desarrolló el espacio potencial que tiene en el vínculo con su padre. No hubo realización y él funcionó durante mucho tiempo *como si su padre no existiera*. En el caso de su hermana mayor, vemos que además de potencialidad en el vínculo hubo realización, por eso se trataría de un padre *ausente* al cual puede ir a ver, si lo desea. Pienso que el nacimiento de Jesús, segundo hijo, igual que José, reactiva el conflicto y quizás genera este fenómeno que tanto malestar produce en los observadores: José a veces actúa reconociendo la existencia de Jesús (lo visita, lo alza, lo cambia, le da de comer); y de repente desaparece o se ofende si alguien le pregunta por qué no hace los trámites de la inscripción.

Entiendo que para José el objeto interno padre es inaccesible; no puede ser traído al espacio mental de manera suficientemente duradera, porque genera dolor. Esto llevaría a la desconexión de la representación padre y generaría dificultades en el desempeño de la función paterna.

LA NECESIDAD DE UN CUIDADOR

> *"Las relaciones familiares se sostienen por el apego, que constituye la base esencial de los vínculos sociales que unen las generaciones sucesivas en todas las especies animales, pero especialmente en los mamíferos."*
>
> J. Bowlby (1989)

Bleger (1967) decía que "el encuadre constituye un fondo silencioso, mudo, una constante que permite el juego de las variables del proceso y solo por defecto revela su existencia". La observación de un bebé al que le falta la presencia de un cuidador estable, genera una sensación siniestra que se percibe tanto en la mente como en el cuerpo y que lleva a la acción, quizás intentando llenar el vacío.

La idea de Bleger sobre el encuadre permitiendo el nacimiento y el desarrollo de la relación de objeto, me llevó a pensar en la necesidad de una presencia emocional estable como motor del desarrollo. *Sería indispensable la participación del objeto para pasar de la potencialidad a la realización*.

Los observadores clínicos trabajamos sobre los efectos de la comunicación en nosotros: lo que se produce en nuestro funcionamiento mental y en nuestro cuerpo. Suponemos que lo que ocurre en nosotros es análogo de aquello que ocurre afuera. Al desplegar el conocimiento de lo que se desenvuelve en nuestro espacio interno al medio ambiente en el que se desarrolla el bebé, armamos un espacio mental que relacionamos con la idea de Winnicott de espacio transicional.

Pudimos poner en palabras lo que íbamos percibiendo como necesidades. La Dra. "M", Jefa del Servicio, llama por teléfono a la familia, personal y reiteradamente, para señalarles la importancia de su presencia. Ante la respuesta negativa, se conecta con el Consejo del Menor y la Familia, que nos envía una ayudante hospitalaria a la que llamaremos Angela. A partir del tercer mes de vida, Angela se convirtió en la primera persona que compartió con Jesús ocho horas diarias, incluyendo sábados, domingos y feriados. *Nunca "nos faltó"*. Angela hizo posible ver las pequeñas señales de un lactante a través de la *continuidad de su presencia*. Acompañó a Jesús en lo que podríamos llamar la implantación de su funcionamiento mental como un objeto estable, coherente, flexible.

Independientemente de la seria problemática física que tuvo Jesús desde que nació (bajo peso, membrana hialina, etc.), nosotros *interpretamos* como un dato muy serio la *ausencia del cuidador*. Lo señalamos y la interpretación fue escuchada y generó cambios en el manejo del caso. Tanto los neonatólogos, como los clínicos y oncólogos que atendían a María, registraron el dato y lo incluyeron en su manejo clínico.

Imaginamos un futuro para Jesús. A Marina le pasó, estando sola con Jesús, que llegó el oncólogo a visitarlo y en tono de broma, como es habitual en él, le dijo: "¿Por qué no lo adoptás?... se los ve tan bien juntos...". Cuando el oncólogo se fue, Marina se puso a llorar y me decía: "No lo voy a adoptar, pero yo lo quiero a Jesús y quiero hacer por él todo lo que pueda."

Al autor le pasó despertarse bruscamente a las cinco de la mañana, con la sensación angustiante de la "falta de los papeles de Jesús".

¡Hay que hablar con el padre, Jesús necesita los papeles! Entendimos que era tan grande el vacío, que sólo se lo podía afrontar entre muchos. Los neonatólogos nos escucharon y progresivamente más personas se interesaron en Jesús y en su familia.

El Equipo de Seguimiento de Prematuros, si bien normalmente trabaja con bebés dados de alta, ofreció una estimuladora del desarrollo, que comenzó a trabajar con Jesús a partir del cuarto mes. Pensamos que se pudo incluir la noción de *futuro* y de *anticipación*. Se pudo pensar, no solamente en salvar la vida de Jesús, sino también *pensar en su crianza* y en el tremendo costo, material y de vida que implica para una familia acompañar en su desarrollo a un bebé de estas características. ¡Cuánta ayuda necesita una familia que pasa por una situación así!

¿VALE JESUS LO MISMO QUE EL LADRON?

"La esperanza en la cura está fundada en la noción de un sentido potencial..."

M. Khan (1983)

No puedo dejar de mencionar las implicancias bíblicas que tiene el nombre de Jesús en el imaginario colectivo. Hasta la llegada de Angela, nunca pude ver en Jesús la gratificante imagen del "Niño Dios". Me sentía muy inquieto y mi mente me llevaba más a pensar en la matanza de los santos inocentes, el calvario y la crucifixión...

A. Green (1994) plantea que "caen en la *lógica de la desesperanza* aquellos que no perdonan al objeto[2] su incapacidad de valorarlos, su ausencia en el momento que más lo necesitan. Que el objeto tenga otras fuentes de placer distintas de ellos mismos." María nos contaba que cuando estaba en su casa jugando con su hijo mayor, súbitamente se ponía mal al pensar en Jesús. El propósito de la lógica de la desesperanza es demostrar que el objeto es malo, incomprensivo y rechazador, para lo cual se induce el rechazo.

¿Cómo ayudar a esta familia a no caer en este estilo de funcionamiento o a salir de él?

Imaginamos un objeto contenedor que viniera de la sociedad y

[2] Cuando Green habla de objeto, se refiere al objeto interno.

pudimos organizar un equipo que le aportó al bebé afecto, noción de continuidad y temporalidad hasta que la familia pudo hacerse cargo.

Para Platón, Eros era la suma de la aspiración humana al bien. Un mediador entre los hombres y los dioses. Representaba la inserción, en la filosofía y en el mito, de la energía vital. Por todo esto llamamos *Angela* a la *cuidadora* que nos envió el Consejo del Menor y la Familia.

Aplicamos la noción de M. Khan (1983) de "la esperanza en la cura, fundada en la noción de un sentido potencial". Aportamos tiempo, presencia y estímulo empático. Esperamos el surgimiento de atracción hacia el bebé.

La interacción de la familia con Jesús, se caracterizó desde el comienzo por su *insuficiencia* y su *rígida discontinuidad*. Pensamos que la prolongación del tiempo de internación de Jesús y la incorporación de Angela al equipo de trabajo, permitió:

a) Evitar un "alta formal", que lo expusiera al bebé a ser considerado excesivamente demandante por una familia que no estaba en condiciones de responder a sus necesidades de dependencia. Pensamos que Angela pudo cumplir con esa tarea. Con su incorporación cesan las infecciones y entramos en un período de engorde y de desarrollo que lo hace a Jesús cada vez más atractivo y menos frágil.

b) Conseguir que la familia fuera progresivamente desarrollando potencialidades, proveyéndose de recursos externos e internos, hacer el duelo por la enfermedad de María y poder ver a Jesús como alguien que podría aportarles vida y hacerlos sentir bien.

Se trató de encontrar una distancia que permitiera a la familia y al niño, la mayor cantidad de intercambios positivos posibles. Intentamos *transformar la situación de separación entre Jesús y su familia en un distanciamiento terapéutico*.

Entendemos que la situación de los abuelos que aparecen como los posibles criadores de Jesús, es muy difícil. Ambas familias están aún muy pendientes de lo que les ha ocurrido a sus hijos. Esto hace difícil integrar la problemática de otro nieto. Existe un enfrentamiento familiar que se podría expresar en términos de:

– Familia materna: "Yo tenía una hija sana a la que este hombre embarazó y enfermó".

– Familia paterna: "Yo tenía un hijo sano al que está mujer le ocultó su enfermedad y ahora le está arruinando la vida."

QUIEN QUIERE QUE VIVA.... QUIEN

Los psicoanalistas hemos sido formados en considerar a los bebés como personas. Cuando salimos a trabajar en "las fronteras", descubrimos que puede no ser ésa la postura de los padres, el obstetra, el ecografista, el oncólogo, el neonatólogo. Si uno logra que el equipo se represente al bebé como persona, es probable que el bebé sobreviva. ¿Pero quiere la familia que el bebé viva?

Los neonatólogos, por ley, están obligados a mantener al bebé con vida. Esto hace que difícilmente se hable con los padres de este problema.

Al estar cerrada la vía verbal los padres recurren a la acción: "desaparecen" o vienen cada tanto a constatar si sigue vivo.

Despierta mucha violencia ponerse en contacto con un bebé abandonado. En este caso yo no pude dejar de identificarme con Jesús. Se impuso. Lo dejé vivir y crecer dentro de mi mente. Una vez que Angela llegó y lo hizo "suyo", pude identificarme con la familia y plantearme reflexiones y sensaciones desde el lugar de los padres. ¿Qué padres desean tener un hijo prematuro? Su nacimiento "mata" o deja perdido para siempre al bebé a término que todos deseamos tener. El hecho produce mucha tristeza.

A su vez el percibir malestar en el bebé que nació y sentirse responsable de la situación genera culpa. La depresión por el bebé a término que no llegó sumada a la culpa por sentir que se lo hizo salir antes de tiempo, hace muy difícil acercarse e interactuar. Pero el *no hacer* incrementa la culpa...

Para la familia Jesús llegó "sin avisar" y cuando lo detectaron, ya tenía cinco meses.

Para Jesús la familia lo sacó del seno materno antes de término poniendo en peligro su vida.

La sociedad se hace cargo del "costo de la reparación" y le ofrece una estructura tecnológica supletoria del seno materno. No parece tenerse muy en cuenta la violencia que genera el no respetar la intimidad del otro.

M. Klein consideró la *reparación* como una actividad del Yo dirigida a restaurar un objeto amado y dañado. Surge durante la posición depresiva. La reparación propiamente dicha se basa en el reconocimiento de la realidad psíquica, en la vivencia de dolor que ésta realidad provoca y en la adopción de una acción adecuada para remediarla en la fantasía y en la realidad.

Melanie Klein señala que algunos autores usan reparación y restitución como equivalentes. Ella usa *restitución para las conductas inspiradas por el temor a un objeto amenazador, sea éste interno o externo*. Las bases pulsionales serían anales y el mecanismo corresponde a una relación de objeto de tipo obsesivo en la que hay más semejanza entre *devolver y tomar* que la que hay entre *reparar y destruir*. Lo que impide el éxito de la restitución, es el hecho de que en ella subsiste algo de la retaliación.

Estos conceptos me llevaron a pensar que en la evolución de Jesús estuvo primero en juego el mecanismo de restitución. Me refiero a Jesús vivido como un objeto amenazador para la integridad de la familia y también para el equipo médico: "estamos obligados a mantenerlo con vida".

La aparición de personas que se identificaron con Jesús, sumado a su vitalidad y resistencia permitieron, quizás, que la familia introyectara una imagen de Jesús más benévola que disminuyó el temor y la angustia y dio lugar a la emergencia de la culpa y la piedad hacia ese bebé con tantas ganas de vivir. Creo que recién entonces surgieron los mecanismos reparadores que le permitieron a José inscribir a su hijo y a la abuela paterna decidir que iba a asumir la crianza.

¿Cuándo nace una persona? Las diferentes respuestas a esta pregunta generan brechas de aislamiento que se oponen a la comunicación. ¿Cómo enfrentarlas? ¿Cómo lograr un lenguaje común que facilite el intercambio?

CODIGOS – METACODIGOS

Cuando uno viaja al extranjero por un tiempo prolongado y se asimila a la cultura y a la gente del lugar, termina incorporando su lengua y hasta llega a soñar en el nuevo idioma.

Al volver al país, uno descubre asombrado que habla un español distinto, hace construcciones extrañas y todos notan un acento raro.

Cuando un psicoanalista realiza una experiencia interdisciplinaria y se compromete con ella, puede llegar a surgir el nosotros como expresión de pertenencia al nuevo equipo.

Al volver al campo psicoanalítico, los colegas señalan que uno hace participaciones diferentes y escribe distinto. Es lógico, porque uno cambió y hace falta un nuevo esfuerzo de adaptación para reinsertarse.

También requiere de los colegas interesados en conocer la experiencia un esfuerzo en la lectura. Sería como manejar diferentes dialectos de un mismo idioma.

En 1996 viajé a Finlandia por un congreso. Me impactó mucho no sólo no entender nada al escuchar la lengua sino también no poder reproducir las palabras leídas. Por ejemplo el nombre de las calles, por la cantidad de consonantes que componen las palabras en detrimento de las vocales. Hablando del tema con colegas suecos y noruegos, que yo suponía entendían, me dijeron que ellos estaban en la misma situación, ya que la lengua madre del finlandés es el húngaro. Lo que para nosotros era otro idioma muy diferente para los colegas húngaros era un dialecto.

En mi trabajo con los pediatras voy descubriendo que algunas teorías psicoanalíticas funcionan como dialectos que permiten la comunicación. Otras resuenan como idiomas diferentes. El mundo de los bebés internados nos pone en *contacto con el idioma del cuidado materno,* del que todos *sabemos*. Quizás dependa de los anhelos de reparación de cada persona que sea entendido como otro idioma o dialecto.

A mi entender pediatras y psicoanalistas trabajamos unidos por la clínica, como cuidado en común. No somos demandados como psicoanalistas en función interpretativa. Uno es convocado porque hay muchos problemas por resolver y ayudar a pensar es bien recibido..

En el caso de Jesús la insistencia de mostrarles la necesidad de encontrar una mamá-cuidador me llevó a considerar que en ambas disciplinas (pediatría y psicoanálisis) se tiende a disociar lo intrapersonal de lo interpersonal, dandole prioridad a lo intrapersonal. Posiblemente intentando colocarse en una posición *neutral*.

Los pediatras preocupados por el medio interno del bebé, los psicoanalistas por su mundo interno. ¿Podríamos pensar lo interpersonal como lo latente operando entre bastidores? Invisible pero activo…

¿Cómo nos integramos en la tarea? Primero escuchando, mirando, sintiendo, tratando de reconocer los problemas. Lleva bastante tiempo conocer una institución: su historia, leyes, mitos. Es necesario una escucha pertinente que genere confianza. Para ello es muy útil haber sido entrenado en la asociación libre, atención flotante, abstinencia.

Una vez reconocidos los conflictos, es necesario *crear ámbitos elaborativos,* donde se puedan plantear. Al comienzo uno trabaja en

los pasillos o en la terapia intensiva misma. Con el tiempo surge una habitación como lugar de encuentro y es posible sentarse a pensar. Cuando esto se logra es señal de que se han creado las condiciones de seguridad psíquica que permiten que las ideas puedan ser reconocidas por el grupo.

Cuando se dispone de un lenguaje compartido, confianza y cultura común, es posible *conceptualizar prácticas clínicas*.

Por ejemplo los neonatólogos llaman *nido* a una estructura que se arma dentro de la incubadora rodeando al bebé, lo contiene. Lo entienden como un intento de reproducir las características del útero. A mí el nido me hizo pensar en el concepto de Winnicott de *madre medio ambiente.* Noté que no se les hacía nido, o no se lo mantenía en condiciones, a los bebés poco visitados por sus familias. Luego de cuatro años de trabajo en común, cuando llego y pregunto por la ausencia del nido, tanto médicos como enfermeras suelen contestar: "no se hizo porque estamos escasos de materiales, pero *la mamá viene*..." Ya se ha constituido entre nosotros una ecuación: nido-continencia física-continencia psíquica-madre medio ambiente-familia, que enriquece la comunicación.

También pensé que la actitud de la familia de acercamiento o rechazo al bebé podría ser pensada en relación a cómo es vivida la prematurez. ¿Dialecto u otro idioma?

CONCLUSIONES

> *"Ninguna teoría científica, sea la que sea, es posible sin que se suponga desde el principio que los observadores tienen tanto sensaciones como percepciones".*
>
> Edelmann (1992), Biologie de la conscience

Como ustedes han podido apreciar, muchas personas en el Hospital donde Jesús nació y pasó los primeros meses de su vida, nos conmovimos por su situación y cada uno a su manera soñó e hizo cosas para que el sueño de que Jesús viviera y encontrara padres se hiciera realidad. ¿Por qué nos conmovimos?

En primer lugar está la presencia de Jesús y todo lo que él aportó para ganarse la atención del ambiente. En segundo término está su repercusión en cada uno de nosotros.

Quizás todos pudimos detectar una situación de peligro vital, que

nos remite a los orígenes de nuestra propia vida psíquica. La percepción de la ausencia de sentimientos de fusionalidad, contención primaria y confianza nos generó una vivencia siniestra. Estábamos frente al trauma del desamparo y hacía falta "construir seguridades".

Los aportes de D. Stern sobre la comprensión del modo en que los seres humanos transmitimos y recibimos emociones, sin el lenguaje, nos ayudaron en nuestro trabajo. Stern plantea que la aparición de la relación intersubjetiva permitiría la creación de estados mentales. Para esta teoría la separación-individuación y las nuevas formas de experimentar la unión (el estar con) emergen de la experiencia de la intersubjetividad. Por lo tanto esto resultaría crucial tanto para la experiencia de estar con otro mentalmente similar, como para promover la individuación y la autonomía. Pero *¿qué experiencias subjetivas le dan pruebas al bebé de que comparte o de que puede llegar a compartir con la madre?*

Pensamos que el *compartir la atención* hacia Jesús, podría corresponder al primer estado mental que Stern menciona.

El segundo sería *compartir la intención* de cuidar la vida. Stern enfatiza como función materna la de mantener al bebé con vida. Pero podemos suponer que está implícito en elegir ser médico, la intención de cuidar la vida. ¿Y no será válido esto para todas las personas que deciden trabajar en una terapia intensiva, independientemente del rol que desempeñen?

El tercer estado sería *compartir estados afectivos*. Pensamos que todos intentamos compartir los estados afectivos de Jesús identificándonos primariamente con él. Fundamentalmente compartimos la esperanza en la llegada de esos padres cuidadores.

Jesús llevaba en su interior un sueño de ser. Este requería de un otro que al representárselo como persona lo ayudara a desarrollarse. En el trabajo personificamos en Angela ese ser pero ella es, a mi entender, la expresión de haber podido compartir con el equipo tratante esta visión de Jesús-persona.

Para que una fantasía se convierta en proyecto es necesario que la realidad externa se incluya como instancia organizadora que permita desarrollar la acción transformadora. Por todo esto pensamos que formaría parte de la tarea del observador integrarse al equipo de la unidad de terapia intensiva. Entendemos que dicho equipo tiene como líder *la tarea de preservar la vida del bebé*... Una vez integrado, su tarea estaría centrada en ayudar a la mamá a acercarse a su bebé,

e intentar poner letra a las necesidades del bebé y de ella misma.

Instalar metacódigos compartidos en un sentido prospectivo, metaforizado como hablar diferentes dialectos, tendría el significado de una disposición potencial compartida al cambio.

NOTA FINAL

Mi trabajo forma parte de las actividades de la Secretaría de Prevención, de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. El objetivo *es el fortalecimiento del vínculo mamá-bebé prematuro, en un Hospital de la Comunidad.* Un proyecto de esta naturaleza me parece coherente con los desarrollos actuales de la Sociología de la Salud. En este caso se trataría de bebés que por su condición de prematuros deben pasar un tiempo prolongado en un hospital y requieren de un contexto muy adecuado de contención, que proteja el desarrollo del vínculo del bebé con su familia.

Si como psicoanalistas pensamos que en el primer año de vida se determinan las bases del futuro funcionamiento psíquico, no podemos estar ausentes ante este nuevo problema que la sociedad nos presenta. El tiempo y el seguimiento de estos bebés nos permitirá corroborar o refutar nuestras teorías.

Jesús permaneció en el hospital hasta los ocho meses y medio. Pasó de la incubadora a la cuna y de la cuna al corralito; siempre acompañado por Angela.

Al sexto mes la abuela paterna (Isabel) decidió que se iba a hacer cargo de la crianza, pero pidió tiempo. Dos meses y medio después, se pudo implementar el alta. El tío Héctor mandó dinero desde Japón y la familia materna compró una casa en la misma cuadra donde vive la familia paterna.

María murió cuando Jesús tenía un año. Jesús vive con su papá, su hermanito y su abuela Isabel. Ya tiene dos años.

"Hablando de objetos, no nos debemos restringir a nuestra relación con objetos existentes (internos o externos). Debemos pensar en el poder de la mente humana de crear objetos: lo que yo llamo función objetalizante (1984).

*Por otro lado, lo que ha sido llamado impropiamente instinto de muerte, está basado en una f*unción desobjetalizante. *Se trata del proceso por el cual un objeto pierde su individualidad específica, su*

ser único para nosotros y se convierte en cualquier objeto o ningún objeto…"

A. Green, "La intuición de lo negativo en Realidad y Juego" (1994).

BIBLIOGRAFIA

Anzieu, D. (1969) "Dificultades de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación". *Rev de Psicoanálisis,* vol. 29, pág. 253-82 (Bulletin de l' Association Psychanalitique de France, vol 5)

Axelrod, R.; Vives, J. (2000) "Apego y depresión". En *Observación de bebés.* Ed. Plaza y Valdez, México.

Bernardi, R. ; Díaz Rosello, J. L.; Guerra, V. y otros. (1991) *La madre y su bebé: primeras interacciones.* Ed. Roca Viva, Montevideo.

— (2000) "La función del debate en Psicoanálisis". En *Psicoanálisis en Revista,* vol. 1, Nro. 1, págs. 9 a 33. Recife, Brasil.

Bleger, J. (1967) *Simbiosis y ambigüedad.* Paidós, Buenos Aires.

Brazelton, T. & Cramer, B. (1993) *La relación más temprana.* Paidós, Psic. Profunda. Bs. As.

Bowlby, J. (1989) *Una base segura.* Paidós, Psic. Profunda. Bs. As.

Etchegoyen, H. (1986) *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica.* Amorrortu. Buenos Aires.

Fonagy, P. (1999) "Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría". En *Aperturas psicoanalíticas,* nro. 3, págs. 1 a 17.

Freud, A.; Burlingham, D. (1944) *Infant without families.* London Allen and Unwin.

Green, A. (1994) *De locuras privadas.* Amorrortu Ed. Buenos Aires.

Hermann, I. (1974) *L' istinto filiale.* Fettrinelli Editore, Milán.

Keats, J. (1995) *Odas y sonetos.* Ed. Hiperión. Madrid.

Khan, M. M. R. (1983) "Secret as potential space". En *Hidden Selves.* International Universities Press, New York.

Klein, M. (1959) "Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia". En *El sentimiento de soledad.* Paidós, Buenos Aires.

Lebovici, S. (1995) *La psicopatología del bebé.* Siglo XXI. México.

Lorenz, K. (1971) *Sobre la agresión, el pretendido mal.* Ed. Siglo XXI, México.

Meltzer, D. & Harris Williams, M. (1988) *The apprehension of beauty.* Pertshire: London.

MENÉNDEZ, O. (2000) "Andamios para el desarrollo". En *Observación de bebés.* Ed. Plaza y Valdés. México. DF.

— (2000) "Uma tentativa de cuidar da vida psíquica". En *Rev. Soc. Psicanalitica do Recife.* Vol. 1, Nº 1.

MENÉNDEZ, O.; MARCEILLIAC, M. (2004) "¿Por qué mantener juntos o separar a los bebés de sus mamás en las terapias intensivas neonatales?". En *Revista Chilena de Psicoanálisis,* Vol. 21, Nº 2, pág. 210-220.

NEGRI, R. (1994) *The newborn in the intensive care unit.* Karnac Books, London.

PAZ, R. (2002) "Desde lo siniestro. Psicoanálisis y circunstancias". *Rev. de la S.A.P.* N° 5. Pag. 73-90. Buenos Aires.

PIONTELLI, A. (1992) *From fetus to child.* Tavistock, Routledge London.

SPITZ, R. (1974) *El primer año de vida del niño.* Fondo de Cultura Económica. México.

STERN, D. (1991) *El mundo interpersonal del infante.* Paidós, Psicología Profunda, Bs. As.

WINNICOTT, D. (1992) Realidad y juego. Ed. Gedisa. Barcelona.

— (1993) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.* Paidós, Psicología Profunda, Bs. As.

Osvaldo A. Menéndez
Scalabrini Ortiz 2368, 9º "J"
C1425DBR, Capital Federal
Argentina