



Subjetividad y Procesos Cognitivos
ISSN: 1666-244X
ISSN: 1852-7310
dmaldavsky@gmail.com
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
Argentina

Nacer prematuro. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia

Ruiz, Ana Lia

Nacer prematuro. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia

Subjetividad y Procesos Cognitivos, vol. 23, núm. 2, 2019

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666659010>

Artículos Originales

Nacer prematuro. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia

Being born prematurely. Crossroads linked throughout childhood and adolescence

Ana Lia Ruiz¹ anaruizverges15@gmail.com
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Subjetividad y Procesos Cognitivos, vol. 23, núm. 2, 2019

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=339666659010](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666659010)

Resumen: A partir de datos de investigaciones realizadas y experiencia clínica adquirida en seguimientos alejados de niñas y niños nacidos con un peso inferior a 1500 gramos (RNMBPN) plantearemos cuestiones ligadas a cómo mantienen su eficacia desde lo psíquico las representaciones parentales (“parentalidad compensatoria”, “preocupación médica parental”) en la construcción de vínculos con el niño y la niña y la imagen de éstos y éstas como “vulnerable y frágil” a lo largo del tiempo. En este artículo reflexionaremos cómo se re-escribe la historia de la prematuridad en jóvenes que nacieron prematuros, profundizando sobre las *filiaciones narrativas* descriptas por Marie Rose Moro y Bernard Golse (2019) a través de la lectura del libro “770 gramos” de M. Josch M. (2018) y materiales clínicos de adolescentes nacidos prematuros y nacidas prematuras.

Palabras clave: Nacimiento prematuro, vínculos, representaciones parentales, adolescentes nacidos prematuros, filiaciones narrativas..

Abstract: Based on data from research carried out and clinical experience gained in remote followup of girls and boys born with a weight of less than 1500 grams (RNMBPN), we will ask questions related to how parental representations maintain their efficacy from the psychological point of view ("compensatory parenting", "parental medical concern") in building ties with the boy and girl and their image as "vulnerable and fragile" over time. In this article we will reflect on how the history of prematurity is rewritten in young people who were born prematurely delving into the *narrative affiliations* described by Marie Rose Moro and Bernard Golse (2019) through the reading of the book "770 grams" by M. Josch M. (2018) and clinical materials of adolescents born prematurely

Keywords: Premature birth, links, parental representation, adolescents born prematurely, narrative affiliations.

Introducción

“... *Es necesario cuidar la semilla para que la vida nos de la flor y el fruto*”....
Milton Nascimento

El ser humano es esencialmente “inmaduro y es esto lo que de alguna manera determina nuestro destino.

Las investigaciones realizadas ligadas al nacimiento prematuro, en especial de aquellos niños y niñas nacidos con un peso menor a 1500 gramos (RNMBP), ofrecen ciertas cuestiones que son analizadas cada vez en mayor profundidad (Alberdi Aleonada, M. 2006; Gómez, C. Carballo M, Olmo, V. 2013).

El nacimiento prematuro interrumpe un proceso de anidación biopsíquica exigiendo un esfuerzo de adaptación del recién nacido a

un medio para el cual no se encuentra preparado, por lo que adquiere importancia el anclaje corporal e interactivo de sus primeras experiencias (Ruiz, 2004, 70).

Debemos considerar que a fin de comprender la vulnerabilidad psicológica que trae aparejada la prematuridad para el niño o la niña y su entorno familiar, se deben considerar diferentes factores ligados a la gestación de un hijo o una hija, tales como factores biológicos, genéticos, médicos, psicosociales y culturales.

Por lo tanto, en este trabajo nos centraremos en la importancia de la integración de disciplinas ligadas a la Salud Mental, como psicólogos y psicólogas, en los equipos de Programas de Seguimiento alejado de Recién Nacidos de Alto Riesgo (RNAR), particularmente en la atención de niños nacidos prematuros. A partir de datos aportados por investigaciones realizadas y experiencia clínica adquirida en dichos seguimientos, plantearemos cuestiones ligadas a cómo mantienen su eficacia desde lo psíquico, las representaciones parentales en la construcción de vínculos con el niño y la imagen de los mismos como “vulnerable y frágil”. Por último reflexionaremos cómo se re-escribe la historia de la prematuridad en los adolescentes que nacieron prematuros, profundizando sobre las filiaciones narrativas descriptas por Marie Rose Moro y Bernard Golse (2019, 40/50) través de la lectura del libro “770 gramos” de M. Josch M. (2018) y materiales clínicos de adolescentes nacidas prematuras.

Seguimiento de RNMBP

De los niños nacidos vivos en Argentina, el 8% lo hacen antes de las 37 semanas de gestación; los que nacen con menos de 1500 gramos (RNMBPN) son alrededor del 1% al 2%. Estos datos varían por influencia de otros factores que complejizan el futuro del recién nacido, siendo la prematuridad multicausal. En los 10 años precedentes, el número de eventos de partos prematuros aumentó un 19,1% debido al embarazo adolescente como a la postergación de la maternidad (Informe del Comité Estudios Fetoneonatales, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) 2018)

En la actualidad, la mayoría de los niños que estuvieron críticamente enfermos en el momento del nacimiento, tienen un pronóstico favorable a largo plazo en cuanto a salud y calidad de vida (Aspres N et al. Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo. Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud. Argentina. 2016). Sin embargo, tienen una probabilidad mayor que los recién nacidos sanos, de presentar secuelas o morbilidades de diverso impacto. La detección temprana de trastornos acompañada de una intervención oportuna, puede modificar favorablemente el futuro de estos niños

Por las razones anteriores, los Programas de Seguimientos de Recién Nacidos de alto riesgo RNAR (prematuro, bajo peso al nacer, enfermedad compleja en período neonatal, etc.) comenzaron a plantearse otras cuestiones que hacen al desarrollo cognitivo, afectivo y el contexto socio-cultural en el cual se desarrollan los niños. Surgió entonces la necesidad de efectuar un abordaje interdisciplinario para acompañar

el desarrollo de estos niños y sus familias y poder conocer mejor los factores tempranos que influyen en el pronóstico alejado. En consecuencia, el seguimiento de niños internados en su período neonatal en unidades de internación neonatal, como los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN), se enfoca en una política de prevención precoz y regionalización, requiriendo el accionar coordinado de equipos interdisciplinarios. Adquiere relevancia la participación de diferentes disciplinas, tales como psicólogos o psicólogas en estos Programas de Seguimiento de Recién Nacidos de alto riesgo (RNAR), ya que, a través de entrevistas en las que participan los cuidadores del niño y mediante evaluaciones del desarrollo del mismo, permiten acompañar la crianza del niño y analizar otras cuestiones como fantasmas, recuerdos familiares, que quizás hayan quedado encapsulados por la experiencia de la internación del bebé y que pueden adquirir resonancia afectiva con la historia y psicopatología familiar.

El equipo de seguimiento

De acuerdo al documento oportunamente citado y que fue elaborado por Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (Aspres N et al. 2016), el equipo debe estar integrado por un /una pediatra entrenado (a) en el seguimiento de niños de alto riesgo; enfermera/ enfermero; trabajador / trabajadora social; psicólogo/ psicóloga. Su modalidad de funcionamiento y personal se adecuará a las necesidades y posibilidades de la región. Dependiendo de cada equipo y posibilidades de las familias de sostener a través del tiempo el seguimiento de estos niños, el mismo se extiende a lo largo de los primeros 6 años del niño

La atención puede brindarse en espacios diferentes para cada disciplina (“consultorios”) o en un espacio compartido, generando un encuentro entre diferentes disciplinas, brindándose una atención conjunta que genere riqueza, coherencia y solidez al encuentro con el niño y sus familias, a través de la integración de miradas y abordajes que faciliten los procesos de detectar, intervenir y asistir al niño y la familia. Esta modalidad de intervención en atención conjunta y en red, permite rescatar la importancia de *observaciones ampliadas*, que pondrán en evidencia la incidencia constante del juego de múltiples variables biopsicosociales en el desarrollo del niño, de modo de superar las explicaciones simplistas y hacer más fina la comprensión compleja de las génesis de las perturbaciones en el desarrollo del niño. Así se logrará una mayor toma de conciencia, partiendo de observaciones comunes y no de exposiciones teóricas que pueden ser no comprendidas.

Esta *mirada ampliada*, que surge del encuentro disciplinar, se genera entre los integrantes del Programa de Seguimiento y permite que cada pieza puesta al lado del otro a modo de mosaico, represente una imagen global, que nos permita descubrir una configuración nueva, algo que se va construyendo allí entre este niño y su familia. Comprensión que da luz

a mayores conocimientos y a su vez genera una mayor empatía entre el equipo tratante. (Ruiz, 2005)

Por último debemos señalar que el abordaje transdisciplinario surge como reflejo del trabajo conjunto entre profesionales de diferentes disciplinas que acompañan al niño nacido prematuro y su familia, dando lugar a una integración fecunda entre profesionales “del cuerpo”, “de lo psíquico”, “de lo social”. Alrededor de la cuna se reúnen una multitud de disciplinas que vuelcan un cúmulo de información modificando las miradas de unos y de otros. (Golse, 1998) Sin embargo, nos deberíamos interrogar si cada disciplina habla del mismo niño y en esta línea de pensamiento, considerar las diversidades de miradas como parte del campo clínico que genera un “espacio mental” constituido de multiplicidad de visiones que giran alrededor del niño y su familia. Esta mirada “ampliada”, cómo se mencionó, podría permitir un compás de espera ante la urgencia y no un forzamiento de apoyaturas en hipótesis teóricas acerca del desarrollo de los niños. No obstante, se debe señalar lo difícil de instaurar y mantener un equilibrio integrador ante las distintas formaciones y puntos de vista de los diferentes profesionales ya que en este encuentro pueden surgir lo que Golse (1998, 41) denomina .conflictos de apropiación”. Estos expresan los conflictos identificatorios de algunos de los integrantes del equipo de atención, originando diferentes posturas personales frente al niño o sus cuidadores, ya que algunos profesionales pueden identificarse con la indefensión y desvalimiento que expresa el niño pequeño por ejemplo, movilizando aspectos propios primitivos y profundos o en otros casos identificarse con los discursos de los cuidadores.

En el abordaje clínico transdisciplinario, B. Golse (1998, 45) plantea que éste permite la “maleabilidad” de cada uno de los integrantes y en base al concepto de “objeto maleable” elaborado por Marion Milner quién fundamenta este trabajo de experimentar experiencias de acercamiento, de distanciamiento, de fusión, de separación e individuación que se dan entre las diferentes disciplinas, donde el otro imprime sus huellas sin perder la propia identidad.

Tejiendo tramas en la crianza y desarrollo del hijo nacido prematuros

En la red de Familias Prematuras (<http://www.familiasprematuras.com.ar/>) leemos el siguiente mensaje

*“Nadie está preparado para ser padre de un niño prematuro”
“Cuando nace un niño prematuro nace una familia prematura”*

Habíamos mencionado cómo el equipo de seguimiento se constituye en un espacio que acompaña el crecimiento y desarrollo de estos niños y niñas y sus familias. Coincidimos con Fava Vizzielo (1993) sobre la importancia de la creación de espacios ligados a la palabra, en el seguimiento de estos niños, a fin de que los padres puedan reconocer ¿quién es este niño?, ¿qué quiere?, ¿qué desea? ; más allá de los cuidados médicos que ha requerido

para poder sobrevivir, hay un niño por conocer. Se hace presente aquí el reconocimiento del hijo como propio y las representaciones de hijo descriptas por Lebovici, (1973) y su concepto de espiral transaccional que nos permite comprender estos intercambios diádicos y triádicos que se dan a lo largo de las consultas post alta del niño y nos remite a un diálogo entre la escucha de un cuerpo que se constituye y se expresa y la observación de fantasmas que surgen del discurso familiar. (Ruiz, 2005) El fantasma de la internación no desaparece al alta y es muchas veces el mismo niño quien con sus capacidades y fortalezas, permite modificar una mirada paterna "medicalizada" y una percepción del mismo cómo "vulnerable".

En el artículo "Un nacimiento prematuramente...." (Ruiz, 2004), se analizan las vulnerabilidades del recién nacido prematuro y sus esfuerzos para lograr un equilibrio homeostático y poder regularse, requiriendo un sostén adecuado a sus necesidades, a fin de lograr un desarrollo armónico y organizar sus ritmos somáticos de tensión-alivio, de equilibrio homeostático y de autorregulación. En los primeros meses post alta de la internación neonatal encontramos dificultades vinculares mamá/ bebé en el establecimiento de ritmos y sincronías, entendiendo por ritmo la actividad desarrollada tanto por el bebé como por su madre, que incluye un estado afectivo materno y por sincronía, la coincidencia temporal de los ritmos conjuntos. La falta de claridad en la emisión de señales por parte del bebé o una alteración en el procesamiento neurosensorial como déficit de base en algunos de estos niños, genera confusión y angustia en su madre pudiendo alterar su funcionamiento reflexivo, ligado al reconocimiento de sus propios estados mentales y la conducta de su hijo, influyendo en la sincronía de los encuentros entre adulto y niño (Ruiz, 2005).

Ante ello, surge la necesidad de identificarse con madres y padres que han atravesado por la misma situación. El "grupo de promoción post alta" las constituyen aquellas familias con las que han compartido la internación de sus hijos o Redes, como Familias Prematuras o APAPREM para mencionar algunas, quienes facilitan el atravesar estos primeros momentos de construcción de vínculos.

Durante varios años se mantiene en la mente de algunos padres o madres la imagen del equipo de atención neonatal como "los padres poderosos", expresando sentimientos de gratitud hacia aquellos que *adoptaron transitoriamente durante la internación* a su hijo, pero que los enfrentaron con su propia incapacidad, en especial de la madre, de no haber podido retener a su bebé 9 meses o no ser el niño imaginado (Ruiz, 2004, 64). En el nacimiento pretérmino, y en especial en aquellos de menor tiempo gestacional como por ejemplo menos de 26 semanas de gestación, la mirada es de preocupación y por consecuencia la imagen del bebé imaginado a lo largo del embarazo no se corresponde con la realidad. El bebé prematuro, por su inmadurez, no personifica las representaciones del hijo imaginado y gestado a lo largo del embarazo, a través del cual la mujer hace un corrimiento de sentimientos de "estoy embarazada" a "estoy esperando un bebé". Según Golse B. "*el niño imaginario y el niño real no son superponibles, siempre hay una brecha entre ellos que no debe ser*

demasiado pequeña ni demasiado grande, de modo que lo inesperado pueda ser integrable. Sin embargo estas diferentes representaciones que conforman el niño imaginario tienden a fijarse con el tiempo y sabemos que cuánto esperamos algo específicos, más nos arriesgamos a ser decepcionados” (2019, 65)

Por su parte Gutton (1983,68) plantea que el nacimiento de un hijo es “un acontecimiento” en el cual se daría un encuentro entre fantasma y realidad, entre objeto interno (bebé en gestación), y externo (recién nacido). El parto tendría significado de encuentro, ya que la madre “gana afuera” lo que ha “perdido adentro”. Se puede decir que el cuerpo biológico del bebé llena una función respecto al deseo materno. Las experiencias vividas por madre y padre, en referencia a la internación del recién nacido prematuro al ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos, constituyen una imagen no solo alejada de lo ideal, sino jamás representada. Las reacciones de madres y padres son diferentes, así como la historia previa y estructura psicopatológica; y también lo son las representaciones de hijo imaginado, gestado a lo largo del trabajo psíquico del embarazo. Dependerá de la psicopatología de padre y/o madre de elaborar e integrar estas imágenes con las representaciones de “niño narcisita, cómo el que tiene la misión de hacerlo mejor que nosotros, de compensar nuestras esperanzas decepcionadas, fracasadas, nuestras ilusiones perdidas y expectativas rotas... Es el niño que vendrá a reparar nuestras posibles fallas a prolongarnos más allá de nuestros límites y de nuestra finitud, pesada carga obviamente y siempre ambivalente. (Golse, 2019, 67).

La ruptura de esta imagen genera un elevado monto de agresividad enlazada a la propia historia parental dando lugar a sentimientos de ambivalencia durante la internación y que pueden mantenerse a lo largo de los primeros años de vida del niño. En el libro “El bebé prematuro” y sus padres”, (Ruiz, 2004) se describe el trabajo que deben hacer tanto padres como madres para reconocer este hijo “como propio”, “como diferente” más allá de lo tecnológico y “no un ajeno”, “extraño”. El sentimiento de “extrañeza” es planteado por Golse (2019, 65) quien se refiere a que todo hijo se presenta cómo *extranjero, un extraño* a descubrir; él tendrá que adoptarnos y nosotros debemos adoptarlo, en un sentido de pertenencia mutua y recíproca que se establezca y se instaure de manera duradera. Se da así un vivencia mutua de pertenecía recíproca de filiación de éste hijo, de éste padre y madre. Nos parece interesante este concepto de la “extrañeza del hijo” para comprender los efectos psíquicos que la prematurez tiene para el futuro de este niño y esta niña, y la dificultad de modificar “una imagen” del mismo como “vulnerable” y frágil”.

Considerarnos que el primer año de vida del niño y la niña, es un período crítico para la consolidación de estas representaciones y que los espacios que ofrece el Equipo de Seguimiento facilita su elaboración a partir de reconocer al hijo real, evitando un “congelamiento” de estas imágenes. El logro de nuevas capacidades del mismo influye en la madre, padre (o cuidadores) y produce modificaciones en la imagen del niño y la niña (“se sienta”, “se para”, “imita”, etc) y en consecuencia en la estructura afectiva del adulto que sostiene y acompaña, desempeñando

un papel activo en el niño y en el desarrollo de esta experiencia mutua. Surgen otras etapas de las interacciones y las mismas se enriquecen con encuentros lúdicos y se amplía el entorno familiar. Los hermanos cumplen una función de acompañamiento en la crianza del niño pequeño y estimulación de su desarrollo. Las evaluaciones del desarrollo del niño llevadas a cabo como parte del Programa de Seguimiento constituyen una ventana para conocerlo y nos permiten generar espacios de encuentros “ligados a la palabra” con su entorno familiar, facilitando la observación, participación y reflexión acerca de las capacidades y habilidades del niño estimulando una crianza saludable y apego seguro.

Algunos desfasajes del desarrollo observados en los primeros años de vida de algunos niños nacidos prematuros, pueden generar una desorganización en referencia a la sensibilidad materna y paterna acerca de la competencia del niño en referencia a las capacidades del mismo (juicio de atribución) o a la estructuración de situaciones (los marcos) que el contexto familiar ofrece para su desarrollo. Autores como Rivière y Coll (1987, citado en Ruiz, Zaid, 2019) afirman que los padres atribuyen intenciones a ciertas conductas de los niños mucho antes de que puedan ser definidas como tales. Gracias a que los padres representan la ficción: “tratando a los hijos como si fueran más inteligentes de lo que en realidad lo son”; finalmente esta ficción se convierte en realidad. De esta manera la atribución se convierte en una estrategia básica y potente para optimizar el desarrollo y al contrario su ausencia, podría explicar en parte un pobre desarrollo del niño. Los controles que requieren estos niños durante su primer año de vida refuerzan su “fragilidad”. El temor por enfermedades tales como infecciones respiratorias, un desarrollo neurológico diferente refuerza esa mirada.

El proceso de participación guiada consiste en la intervención del niño a actividades culturalmente valoradas y bajo la guía/ dirección de un adulto. Esta participación permite al niño resolver los problemas de la vida diaria y en la práctica; involucra formas de comunicación, creando entornos de aprendizaje y de interacción verbal, que constituyen los marcos que los padres ofrecen a sus hijos cómo contextos de aprendizaje (Kaye, 1986). Las restricciones de visitas a la familia para evitar infecciones en el niño, así como pautas severas de higiene, sumado los temores o lo “real” de “enfermedades” por parte del mismo, tales como infecciones respiratorias, un neurodesarrollo diferente, condiciona el día a día del niño y su entorno familiar, generando estrés en su cuidado y dificulta la posibilidad de identificar las necesidades del niño, cómo hemos mencionado, brindando contextos de desarrollo no- adecuados a sus necesidades. De ahí la importancia del sostén y red de contención que requiere toda la familia y nos preguntamos ¿cuál es la distancia óptima?

En los entrevistas de seguimiento surge en el relato de algunos padres, por ejemplo, “el síndrome del niño vulnerable” descripto por Anthony (1986, citado por Ruiz, 2004). En el artículo “Un nacimiento prematuramente....” se analiza cómo este síndrome surge ante los inicios de una enfermedad que amenaza la vida de los niños y cuyos padres debieron realizar “un duelo anticipado” ante la posible pérdida y muerte

del niño y niña. Sus efectos persisten a lo largo del desarrollo y éstos perciben que sus padres lo consideran vulnerable y por lo tanto actúan como tal. Estas diferencias son más complejas, si se combinan con otros factores de patología clínica del recién nacido prematuro, como una prolongada internación, oxigenoterapia domiciliaria, fallecimiento de uno de los niños en el caso de gemelos o nacimientos múltiples, entre otros. El niño percibe que los padres lo estiman “vulnerable” y actúa desde aquí, manifestando un “comportamiento de riesgo” que refuerza la sobreprotección o expresando en “el plano somático”, ciertos síntomas que dan origen a múltiples consultas pediátricas; a cambio ellos reciben un trato especial, por ej: pretenden estar en la cama de los padres o reciben una admiración sobredimensionada de sus logros a costa de organizar un Falso Self, así como modalidades obsesivas o inhibidas para enfrentar su vida. El logro de la locomoción y el lenguaje plantean una nueva reorganización de las representaciones del niño y de padres o madres como tales, como así también otros desafíos ligados al ingreso al jardín inicial y más tarde su escolaridad, momento en el que entran en juego niveles de cuidados secundarios, redes sociales y otros apoyos que pueden requerir y acompañar el aprendizaje escolar.

La mirada del contexto social sobre la prematurez

En las evaluaciones del desarrollo escuchamos en las familias comentar anécdotas referidas a reacciones del entorno social en relación al tamaño de los niños, cómo “muy pequeños”, teniendo reacciones diferentes como por ejemplo decir que el niño y la niña tienen menos edad haciendo referencia a su edad gestacional y no cronológica. Estas imágenes nos hablan de representaciones sociales ligadas a un “estereotipo del prematuro” como frágiles, más pequeños, menos activos y mediante expectativas negativas sobre su desarrollo en especial. De ahí la importancia de la tarea que realizan tanto UNICEF o Asociaciones de Padres de niños nacidos prematuros, para sensibilizar a la población sobre esta temática. Pero también podemos encontrar que algunos de estos niños logren enfrentar diferentes circunstancias y resistir traumatismos, pero con un alto costo psíquico ya que puede surgir lo que G. Fava Vizziello (1993) denomina “síndrome de Peter Pan” en la medida que siempre deben permanecer pequeños y requerir ciertos cuidados “especiales y por otro lado demostrar un desarrollo superior al esperado para su edad.

La parentalidad compensatoria

En la Red de Familias Prematuras <http://www.familiasprematuras.com.ar/>) podemos leer esta nota:

¿Cómo poner límites luego de haber vivido a una situación extrema?

“Cuando reciben el alta, tanto el padre como la madre pasan de nuevo por una incertidumbre y mezcla de sentimientos: la alegría por irse a casa, hacerse cargo plenamente de su bebé y por fin, celebrar el nacimiento; pero también suelen sentirse vulnerables por todo lo vivido y aumentan la atención, la protección y el cuidado de

su hijo o hija. Es justamente en ese momento en el que aparece la dificultad para establecer los límites.

Aprender a educar y poner límites es parte de un proceso sobre el que todos los padres deberían reflexionar a menudo. Es importante evitar la sobreprotección, pero fomentar el acompañamiento. Sabemos que en el caso de los bebés que nacieron prematuros y que pasaron por experiencias extremas esto es difícil. No hay que confundir el amor con la sobreprotección.

El niño debe transitar por el placer de conseguir lo que desea, pero en ocasiones, por su bienestar, también tendrá que hacer cosas que no sean de su agrado”

Tanto madres como padres y grupo familiar sienten a sus hijos nacidos prematuros como especiales, puesto que han podido sobrevivir a dolorosas experiencias como las vividas en la Unidad de Cuidados Intensivos. Debemos recordar que en esas unidades se encuentran internados bebés con diferentes diagnósticos y pronóstico. Esto trajo en su momento una serie de experiencias muy dolorosas para los padres ya que si bien su hijo pudo no haber atravesado situaciones críticas, en la sala de espera, han compartido sus vivencias con otras madres y padres, identificándose con el dolor de los que debieron atravesar situaciones extremas, que pusieron en peligro la posibilidad de sobrevida del niño y la niña, o los riesgos de una posible secuela física del mismo. (Ruiz, 2004) En las entrevistas realizadas a lo largo del seguimiento del niño o la niña, tanto padres como madres y miembros de la familia, recuerdan diferentes situaciones atravesadas durante la internación de su hijo o hija y se refieren a muertes de algunos de los niños y niñas internados o agravamiento del estado clínico tanto del niño o la niña, como de algunos de los bebés internados en la Unidad.

Estas experiencias dan lugar a una “parentalidad compensatoria”. Esta surge de representaciones del niño como *vulnerable* como describimos anteriormente y la necesidad del padre, de la madre, de compensar, luego del alta del niño o la niña, de los sufrimientos que ellos suponen debieron significar la internación y los cuidados, en algún caso agresivos (para la mente de los padres), a los que fue sujeto el bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). Los efectos de esto pueden dar lugar, por ejemplo a una sobreprotección, o a la no puesta de límites de parte de los padres, situación que marca en la crianza, comportamientos compensatorios de estas primeras experiencias.

” Relatando historias“Tan pequeño como la palma de la mano.

La vida no es la que uno vivió,
sino la que uno recuerda y
cómo la recuerda para contarla
(Gabriel García Marquez, 2003)

La adolescencia es vivida como una crisis, como un momento de cambio y transformación de identificaciones, de nuevas inscripciones y retranscripciones. El y la adolescente se enfrentan a varios duelos y existe un proceso de elaboración de la pérdida que les son propios por la edad, demandando un trabajo psíquico importante. Deben hacer el duelo por

los padres de la infancia y por la omnipotencia que adjudicaba a éstos que les brindaban protección; así como el duelo por la pérdida del cuerpo infantil (inevitable y sin posibilidad de recuperarlo) iniciado por los incontrolables cambios biológicos que conlleva el crecimiento corporal y que los mantenían protegidos de la eclosión pulsional de la pubertad. Por otra parte la reactivación y reedición de la problemática edípica los confronta al duelo por sus propias omnipotencias ligadas a la castración simbólica.

De acuerdo a nuestra experiencia clínica con adolescentes y adultos que han nacido prematuros, la prematuridad puede quedar enlazada al tamaño corporal por ejemplo por su pequeñez, haciendo referencias y comparaciones tales como *entraba en la palma de la mano de mi padre o de animales pequeños*. Esto es coincidente con el estudio realizado sobre representaciones sociales sobre la prematuridad donde se trabajó en grupos focales con 59 adolescentes. (Leavy P, Prina V, Martínez Cáceres, Bauer G, 2015) En este estudio participaron jóvenes que habían nacido prematuros, con una edad gestacional media de 30 semanas y una media de peso de 1.129 gramos. En los grupos focales en los que se trabajó, surgieron los siguientes núcleos temáticos, que representan aquellos aspectos ligados a su nacimiento y que aún mantiene su eficacia desde lo psíquico; por ejemplo vínculos con sus padres, imágenes que aún se mantienen, tales como hijos vulnerables o frágiles, recuerdos, temores, fantasías, etc. Los temas fueron: trayectorias de vida, recuerdos y vivencias de los padres, sobreprotección, cuerpo, escolaridad y relación con las prácticas y saberes médicos. Conforme al mencionado trabajo y nuestra experiencia clínica, los vínculos entre padres e hijos aún continúan siendo atravesados por la vulnerabilidad de un nacimiento antes de tiempo, la “sobreprotección” familiar, continúa operando y el adolescente sigue siendo posicionado en el lugar “de vulnerable”.

En el libro “770 gramos”, M. Josch (2018) inicia el relato de su nacimiento con el registro por parte de su hermana de una cicatriz y el autor a partir de ella, va hilvanando su historia (Josch, M. 2018):

“Veo mi cicatriz que empieza en la mitad y termina en el hombro....Mueve al hombro para ver más. Soy un nene que descubre algo nuevo en este mundo y necesito saber qué es, cómo llegó, para qué sirve.... ¿Qué hacía yo mientras estaba internado? ¿Por qué naci tanto tiempo antes? ¿Cómo fueron esos días? ¿Cómo era el día a día? ¿Qué pasó después? ¿Por qué yo?..” (pág 16)

M de 18 años, se comunica para solicitar una entrevista de psicoterapia a quién acompañó durante la internación y primeros años de vida a ella y a su familia expresando “*cómo Usted ayudó a mis padres en mi internación en NEO y a mí en mis primeros años de vida, ahora quiero que me ayude a encontrarme*”. En su primera sesión expresa:

“Quiero hacerme un tatuaje, odio esa cicatriz en el cuello, siempre me preguntan porqué la tengo, me cansé... ya les avisé a mis padres que solo me recuerda que naci prematura y si tengo una marca en mi cuerpo quiero que sea elegida por mí. Ya hablé con un tatuador y elegí una imagen para hacérme la y les dije:- a ésta la elijo yo-...”

Las cicatrices en el cuerpo como figuraciones y narraciones protosimbólicas (Haag, 1999) surgen en sus relatos, en donde la memoria toma formas diferentes, como marcas en el cuerpo, que nos llevan a reflexionar sobre las experiencias vividas corporalmente en forma temprana y sostienen una fantasía de congelamiento en el tiempo. La apropiación súbita de su cuerpo, de acuerdo a lo expresado por M adquiere valor de metáfora en el acto de tatuarse y tienen el sentido de una refundación, tanto de su presencia como de su propio origen, haciendo metáfora de su cuerpo.

El nacimiento e internación en la Unidad de Internación Neonatal es asociada a las experiencias vividas por 3eros: su familia: madre, padre, abuelos, hermanos y es reconstruida a partir de sus voces:

R. relata (nació con 1350 gramos y a los 30 semanas de gestación) que en su casa siempre estaba ese videocasete que se subtitulaba “nacimiento”, le intrigaba su contenido. Siempre le pedía a sus padres de convertirlo a otro formato para poder verlo. Algo pasaba, ni ella ni ellos hacían nada para transformarlo. Hasta que un “día me decidí y pude verlo” y ahí “armé mi inicio...”

Vemos cómo surgen cuestiones ligadas a sus orígenes, a su historia, a la historia familiar y que nos remiten al concepto de filiaciones narrativas desarrolladas por B. Golse y M. R. Moro. (p.37, 2019) El concepto de filiación es un concepto complejo que se utiliza para hacer referencia a aquellas relaciones de paternidad entre dos o más partes, que conlleva una vivencia de pertenencia mutua y que una vez instalada necesita ser reafirmada en un proceso de elección mutua. Según J. Guyotat 1980 (citado por Golse y Moro, 2019, 38) se define la filiación según tres ejes: el eje biológico, el eje simbólico (legal o instituido) y el eje psíquico (afectivo, imaginario o narcisista):

La filiación biológica corresponde a la transmisión del material genético entre los progenitores y los hijos.

El eje simbólico es asegurado por las inscripciones oficiales tales como la partida de nacimiento, documento de identidad y experiencias cotidianas como el escribir el nombre en el cuaderno de clase por ejemplo, lo que confirma la pertenencia a una determinada familia y la inscripción en la filiación paterna y materna. En el caso de nacimientos prematuros, es común que la inscripción y registro de la partida de nacimiento del bebé, se postergue en aquellos recién nacidos en los que su estado crítico es grave. Estabilizado el estado clínico del hijo o hija, sus progenitores recién los registran o eligen nombres con una connotación simbólica como Milagros. (“Gastar un nombre” Ruiz, 2004, 88)

La filiación psíquica, afectiva, imaginaria o narcisista se origina en el deseo previo a la concepción de un hijo, se construye con el tiempo, en el reconocimiento afectivo mutuo y en la anunciaciόn de la palabra en la estructura grupal (“tu madre, “tu padre”, “tu hija”, “tu hijo”).

El concepto de filiación narrativa como 4to eje de la filiación

Para B. Golse y M.R. Moro (2019, 37) este eje constituye el tejido emocional que conecta y vincula a los otros ejes, a partir de la narración de historias sobre los orígenes. El relato “cuándo naciste, cuándo eras bebé...” favorece la inscripción psíquica de los orígenes y permite mentalizar los mismos, viviéndolos de forma constructiva a través de sus referencias a las filiaciones reales, imaginadas, inventadas. Pero esta filiación narrativa se co-escribe a medida que se “hace y dice” y está vinculada con las historias maternas y /o paternas que la pre-existen inaugurando lo nuevo, lo posible, lo devenir...en un acto de co-creación interactiva.

“Los bebés no solamente necesitan (y mucho !) que les cuenten historias, ellos necesita poco a poco aprender a contar y a contarse a sí mismos su propia historia. Este aprendizaje interactivo se da en el encuentro con el (los) adulto(s) que ya han instaurado su propia narratividad.” (Golse, Moro, 2019, 40)

Cierta “diferencia” en el nacer antes de tiempo puede provocar traumatismos tempranos y sufrimientos que dependerán de las complicaciones en el período neonatal, en la cantidad de estímulos recibidos, pero también en la sensibilidad e historia familiar para poder construir y narrar esta historia, diferente a la esperada y soñada.

M. Josch, relata la visita de su abuelo Tito, quién “aconseja” a sus padres y al escribirlo en su obra, el autor transforma esta historia compartida, reconstruida en su propia historia:

-Si me permiten voy a contarles una anécdota que viene al caso- interrumpe.

-A ver- responde la hija.

-Casualmente hoy, charlando con mi hermana, ella me contaba que papá cuándo volvía del trabajo me sentaba en la silla y hablaba del negocio, de las novedades, de cómo venía la semana. Yo tenía uno o dos años: Venía mamá y le decía “Isaac estas loco, con quién estás hablando. Es un mocoso. No entiende nada”. ¡Vos no entendés nada! Le gritaba papá, “todo le queda guardado. Él me está escuchando y me entiende.” Silencio.

Tito toma un poco de agua.

-¿Captan el mensaje adonde quiero llegar? Ustedes le tienen que hablar a Michael mientras está internado. Cuéntele cómo viven, quiénes son, cómo es la familia. Charlen de la vida cotidiana como lo hacen conmigo. Todo le queda guardado, como decía papá, que en paz descansen. Todo le queda” (Josch, 2018, 51)

Rse “anima”, convierte el viejo casete y decide ver sus inicios rearmando “un nuevo amanecer”. M. Josch escribe su novela a partir del relato de su familia y del cuaderno de tapas rojas de su madre y reinscribe su propia historia.

En la 4ta parte del documental “Prematuros” (Puenzo et al .2010) vemos y escuchamos cómo el abuelo habla de la prematuridad de su hijo y de su nieto, y que, posteriormente, el hijo prematuro ya adulto, elige ser neonatólogo. Se da un “nuevo renacer”, donde la creación, la participación, la confianza mutua se unen en un nuevo devenir de aquellos jóvenes nacidos prematuros.

Cuestiones ligadas a sus orígenes, a su historia, *las filiaciones narrativas* que nos hablan Moro, M.R y Golse B. (2019) entran en juego como

un relato de la vida subjetiva, en donde aparece el “après-coup de la prematurez”, entre el pasado y el presente y funcionan a modo de reescritura de este inicio de la vida antes de tiempo; donde el pasado da claridad al presente, pero el presente permite una nueva escritura. *En el relato de la vida lo que cambia no es el pasado, sino la relación del sujeto con su propia historia.* (Golse, Moro, p 43, 2019)

Referencias Bibliográficas

- Alberdi Aleonada, M. (2006) *Características del vínculo. Estudio comparativo de niños nacidos prematuros y niños nacidos a término.* Tesis doctoral Universidad. Autónoma de Barcelona (UAB). Facultad de Psicología. Recuperado <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5572/mcaa1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aspres N et al “Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo”, Ministerio de Salud. Argentina (2016) Recuperado en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000842cnt-organizacionseguimiento-prematuros.pdf>
- Estudios Fetoneonatales- CEFEN *Respecto de recién nacidos prematuros y aborto.* Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Marzo 2018. Recuperado en <https://www.sap.org.ar/novedades/204/conunicado-cd-respecto-de-recien-nacidos-prematuros-y-aborto.html>
- Fava Vizziello, G., Zorzi, C., Bottos M (comp) (1993) *Los hijos de las máquinas.* Argentina. Nueva Visión.
- Fernando González, Serrano. (2010) *Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia.* Recuperado <http://www.sepypna.com/articulos/nacer-crianza-ninos-prematuros/>
- Golse B. (1998) Psicopatología en la perinatalidad En “Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente” N° 26 (39-58) Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente
- Golse, B. (2019) La adopción internacional. La doble extranjería del niño adoptado de otros “lugares. En Golse, B. Moro M.R. *Crecer en situación Transcultural Una oportunidad para las Infancias.* (65-72) Buenos Aires. Miño y Dávila.
- Golse, B., Moro, M.R. (2019) “El concepto de filiación narrativa. El cuarto eje de la filiación” En *Crecer en situación Transcultural Una oportunidad para las Infancias.* (37/59) Buenos Aires. Miño y Dávila.
- Gómez Esteban, C., Martín Carballo M, Vicente Olmo A (2013). *Dificultades biosociales de la gran prematuridad.* Recuperado <http://www.fes-sociologia.com/dificultadesbiosociales-de-la-granprematur1282ad/congress-papers/1282/>
- Gutton P.(1983) El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas. Argentina. Amorrortu editores
- Haag (1999) “Devenir prope: les préalables”, Cohen- Solal, J ; Golse B. *Au début de la vie psychique* París Editions Odile Jacob
- Josch, M. (2018) *770 gramos.* Buenos Aires. Emecé.
- Lebovici, S. (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista.* Buenos Aires. Amorrortu Editores 1988.

- Leavy, P., Prina, V., Martinez Cáceres, Bauer G. (2015): Representaciones sociales de la prematuridad desde la perspectiva de personas nacidas prematuras en la década de los noventa. *Arch Argent Pediatr*; (113(1):6-11. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
- Red de Familias Prematuras. <http://www.familiasprematuras.com.ar/>
- Ruiz, A. L. (2004) *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires. Muiño y Dávila.
- Ruiz, A. L. (2004) Un nacimiento antes de tiempo...Revista *Subjetividad y Procesos cognitivos*. (nº 6); 250-274 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. UCES
- Ruiz, A. L. (2005) “Reencontrar un bebé” Pereira, M. (comp.) *Intervenciones tempranas- Prevención y asistencia*. (2005) Buenos Aires .Novedades Educativas.
- Ruiz, A. L., Zaid R. (2019) Material del aula. Curso Virtual “Nacer de pronto, crecer de golpe”. Sociedad Argentina de Primera Infancia. (SAPI)
- Puenzo L, Muracciole M., Dirección: Puenzo L., Olivera J., D'Agostino L. (2010): Documental “Prematuros”. Presidencia de la Nación. Universidad de San Martín (USAM) <https://www.youtube.com/watch?v=nO-DqW1K9BM>

Notas de autor

- 1 Dra. En Psicología (USA), Profesora de Educación Especial (UBA). Ex Psicóloga del Servicio de Salud Mental y del Equipo de Seguimiento de Prematuros de la División Neonatología del Depto de Pediatría del Hospital Italiano. CABA. Docente Especialización en Atención Temprana UMSA. Contacto: anaruizverges15@gmail.com