



## UN NACIMIENTO ANTES DE TIEMPO...

Ana Lía Ruiz\*

### Resumen

*En este trabajo plantearemos cuestiones ligadas al nacimiento prematuro, en especial de aquellos niños nacidos con un peso menor a 1500 g (RNMBP) y sus efectos psíquicos. 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. Estos inicios están ligados a los efectos de lo traumático adquiriendo importancia el anclaje corporal e interactivo de estas primeras experiencias. Se plantean cuestiones ligadas a la inmadurez biológica del bebé y a la organización del comportamiento neonatal que constituirían el anclaje corporal y la base de la estructuración psíquica. A partir de datos aportados en investigaciones realizadas y experiencia clínica adquirida en el seguimiento alejado de estos niños plantearemos cuestiones ligadas a la construcción del yo real inicial, la alteración de la barrera protectora contra los estímulos, la conciencia original y de qué manera estos aspectos podrían dar lugar a futuros trastornos: en la autorregulación en los primeros meses de vida del bebé y de conducta en años posteriores.*

*Se describirán las dificultades en el anclaje interactivo madre-bebé prematuro planteando interrogantes acerca de una posible alteración y reparación posterior. Se analizará el efecto a largo plazo del "Síndrome del niño vulnerable" (Anthony, 1986), cómo interfiere en la asistencia y las funciones maternas dando lugar a un posicionamiento especial del niño y perturbando los procesos de separación. Nos centraremos en comprender cómo se transmiten en el niño ciertas fantasías inconscientes paternas a través de las identificaciones corporales descritas por Haag (1990). Por último, describiremos el seguimiento a lo largo de sus primeros 6 años de vida de una niña que nació con un peso de 650 g y 24 semanas de gestación.*

### Palabras clave

*Recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer (RNMBPN), "anidación biopsíquica", síndrome del niño vulnerable, fantasías inconscientes paternas.*

### Abstract

*In this work we will raise topics related to the birth of prematures, especially focu -*

\* Docente seminario observación de bebés carrera psicoanálisis con niños UCES- convenio ApBA.  
E-mail: ruizana@ciudad.com.ar



*sed on children with a weight lower than 1500 gr. (lbw) and its psychic effects.*

*The premature birth interrupts a process of “biopsychological installation”, demanding an adaptation effort of the newborn to an environment which he’s not prepared for.*

*The beginnings are bound to traumatic effects, acquiring importance the corporal and interactive anchorage of these first experiences.*

*Issues related to the biological immaturity of the baby, and to the neonatal behaviour organization, that will constitute the corporal anchorage and the base of the psychic structuring, are considered.*

*From data contributed by researches and clinical experiences, acquired in the long term follow up of these children, we will introduce subjects connected to the building of the initial real Self, the alteration of the protective barrier of the stimulus, the original conscience, and how this aspects could become future “impairments” in the self-regulation in the first month of life of the baby, and “trastornos” of behaviour in later years.*

*Difficulties in the interactive anchorage mother – premature baby will be described, introducing interrogations about possible alterations and later repair. Long term effects of “vulnerable child syndrome” (Anthony 1986) will be analysed, and how it interferes with the attendance and maternal functions, producing a special positioning of the child and disturbing the separation processes.*

*We will focus on understanding how are certain “parental unconscious fantasies” transmitted to the child through the corporal identifications described by Haag (1990).*

*Finally we will describe the follow up of a girl borned with a weight of 650 gr, and 24 weeks of gestation, throughout her first 6 years of life.*

### **Key words**

*Very low birth weight preterm Infants (lbw), “biopsychological installation”, vulnerable child syndrome, parental unconscious fantasies.*

### **Introducción**

El ser humano es esencialmente inmaduro y es esto lo que de alguna manera determina nuestro destino. Esta inmadurez es mayor en los bebés recién nacidos prematuros (niños que nacen antes de las 38 semanas de gestación) y en especial aquellos a los cuales me referiré, recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBP). Se deno-



mina así a aquellos bebés nacidos con menos de 1500 gramos de peso y con un tiempo gestacional menor a 34 semanas<sup>1</sup>.

La sobrevida de estos bebés de muy bajo peso al nacer es posible en la actualidad, hecho que plantea ciertos interrogantes acerca del futuro de estos niños y los costos psíquicos que deben atravesar los padres durante la larga internación de los mismos.

En los niños pequeños encontramos dificultades vinculares en la díada madre-bebé que pueden verse reflejadas en perturbaciones en las estructuras funcionales de estos, dificultades en la integración de experiencias sensoriales y motrices, retrasos en la comunicación (Kaplan, 1997). La lectura de investigaciones realizadas en los últimos años y nuestra propia experiencia plantea que no hay una etiología patológica única (Ruiz, 2001).

La búsqueda de factores de influencia ambientalista como el nivel económico, que nos remite a las investigaciones americanas y canadienses, por ejemplo, nos permite pensar que su destino no depende sólo de cuestiones biológicas (Chapieski, M. 1997).

Por otro lado, hay un desconocimiento de elementos esenciales para la organización psíquica de “este bebé nacido prematuramente”, de las posibilidades de integrar estas primeras experiencias de vida, como así también “los esfuerzos” afectivos maternos de integrar este trauma del nacimiento “antes de lo esperado” y de todo el entorno familiar.

Fain (1977) habla del “inacabamiento” que marca el inicio de la vida de estos niños y que se traduce en una serie de carencias que hacen de la prematurez un bricolage de líneas evolutivas. Los pediatras hablan de edad corregida y edad cronológica para considerar su desarrollo. La edad corregida hace referencia a la fecha en la cual deberían haber nacido y plantean un período de 2 años aproximadamente para equiparar su crecimiento y desarrollo con los de niños nacidos en la misma fecha y a término (recién nacidos con más de 38 semanas de gestación).

Estos aspectos nos resultan de singular importancia para poder comprender el futuro de estos niños, reemplazando la “etiología patológica de la prematurez”, como un determinismo por un movimiento dialéctico de complejas investiduras y contrainvestiduras del bebé, la madre y su entorno familiar.

---

<sup>1</sup> A los recién nacidos con peso menor de 2500 g se los denomina de “bajo peso” a los menores de 1500 g de “muy bajo peso” y a los de menos de 800g como “extremadamente pequeños” o “prematuros extremos” si la edad es menor a 26 semanas.



De esta manera, la temática de la prematurez puede enriquecer nuestros conocimientos sobre la gestación psíquica de un hijo, la separación temprana entre el recién nacido y su madre, la larga internación, el nacimiento de un bebé diferente al esperado, entre otras, como también acompañar al bebé en su nacimiento psíquico en su anclaje corporal e interactivo.

### **El nacimiento prematuro**

De acuerdo con los relatos clínicos e investigaciones, el nacimiento prematuro es vivido por los padres como un evento traumático de interrupción de un proceso, encontrando a los mismos no preparados para la separación que la internación del recién nacido en las Unidades de Cuidado Intensivo requiere, ni para el anidamiento psíquico de un recién nacido “especial” y diferente del esperado.

El bebé necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de sobrevivir fuera del útero, y los padres también necesitan tiempo para crear un lugar tanto físico como psíquico para un nuevo integrante del grupo familiar. De acuerdo a lo planteado por Brazelton y Cramer (1990), en el momento en que se produce el alumbramiento prematuro, los padres estarían atravesando la etapa de “aprendizaje sobre el futuro bebé”, que corresponde a los últimos meses de embarazo. Durante esta etapa se da en ambos padres un proceso por el cual comienzan a pensar en el bebé como ser diferente, personificado a través de la elección de nombres, compra de ropa, etc.

A su vez, el bebé en gestación da señales de presencia a través de los movimientos fetales que comienzan a adoptar un ritmo de ciclos y patrones de actividad que permiten a la madre reconocerlos y anticiparlos.

Stern (1995), plantea que la madre, alrededor del séptimo mes del embarazo hasta el nacimiento del niño, ajusta su mundo representacional (“modelos sobre el niño”) de la mejor manera, a fin de crear un espacio constructivo para sus representaciones futuras, y protege intuitivamente al futuro bebé y a sí misma de una posible discordancia entre el bebé real y el bebé representado. Estos procesos se verán interrumpidos por la prematurez, en la que la presencia real del niño produce un desfasaje en las representaciones maternas y de hijo.

Se puede señalar así que cuanto menor sea el tiempo de gestación del bebé, menor será la identificación de éste como ser diferente por parte de ambos padres. En forma especial, la madre lo vivenciará como una parte de su cuerpo que se pierde, lo cual implica un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del nacimiento.

Por otra parte, estas experiencias vividas por los padres en la internación del hijo, en



especial por la madre, pueden interferir en su “preocupación maternal” (Winnicott) y su “empatía cinestésica” (disponibilidad emocional), interfiriendo en los primeros procesos identificatorios, ligados a lo corporal y en la interacción entre el bebé y sus padres. Así se puede describir una “preocupación médica primaria”, fruto de lo vivido en la unidad de internación neonatal por parte de la madre y sus efectos se pueden reflejar en temores y fantasías que dejarán sus marcas en el cuerpo del bebé, quien percibe a través de la recepción cenestésica ciertas señales que dan cuenta de las preocupaciones maternas a través del ritmo de sus contactos corporales (Ruiz, 2001).

El bebé puede responder a estos mensajes mediante ciertos signos, tales como alteración del ritmo cardíaco, desorganización del sistema motor, etc., en función de su madurez gestacional y estabilidad clínica.

Independientemente de la causa médica del parto prematuro, se encuentra en la mayoría de los relatos de las progenitoras un signo de culpabilidad ante un hijo prematuro que viene a reflejar no sólo su inmadurez, sino la imposibilidad materna de retener a alguien que es sentido como parte de su cuerpo.

En relación a las causas de partos prematuros, estas pueden ser múltiples. Pueden deberse a:

- Factores preconceptionales, del tipo de los aspectos socio económicos, tales como desnutrición materna, madres adolescentes, enfermedades maternas no controladas, etc.
- Factores obstétricos durante el embarazo, como embarazo múltiple o rotura prematura de membranas (la causa más frecuente de parto prematuro), infección urinaria, etc.
- Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación, por ejemplo metrorragia, hipertensión arterial del embarazo (causa muy frecuente de interrupción de la gestación), diabetes, etc.
- Factores fetales, como malformaciones congénitas o infecciones adquiridas durante la gestación como rubeola, Chagas, etc.

De acuerdo con las causas de parto prematuro, podríamos definir a este como multifactorial y pensar que algunos nacimientos antes de tiempo reflejarían una ruptura de la primitiva interacción biológica bebé en gestación- madre, por ejemplo en los casos de hipertensión materna, donde se decide interrumpir la gestación como forma de proteger la salud del bebé en gestación y de la madre (Soulé, 1996).



Las interacciones biológicas tendrían lugar en la vida prenatal entre el feto y la madre y estarían ligadas a ciertas condiciones de existencia, brindando soporte a las teorías psicosomáticas. Soulé ejemplifica estas interacciones a través de ejemplos ligados a la herencia genética o a problemas inmunológicos. Estos pueden ser explicados por el hecho de que el feto hereda una característica desconocida por el cuerpo de la madre y esta no la reconoce. El cuerpo de la madre recibe en su cuerpo “un extraño incompatible”. Según el mencionado autor, hay un “mandato transgeneracional en cada embrión”. Ejemplo de esto sería la incompatibilidad del RH, en donde el feto hereda el grupo sanguíneo del padre. La madre se protege de la acción tóxica fetal según la cualidad de su inmunología anterior. Los biólogos hablan de un reconocimiento o no reconocimiento inmunológico entre madre y feto.

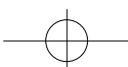
Otro ejemplo sería la situación que se da en el inicio del embarazo cuando el embrión es un cuerpo extraño que debe imponerse con sus propias características; la madre se defiende de este cuerpo extraño y tiende a expulsarlo. Si lo logra, se daría un aborto espontáneo.

El retardo de crecimiento intrauterino (RCU) como la desnutrición del feto por insuficiencia placentaria podría ser también analizado como alteración de esta interacción primitiva, arcaica.

Dentro de esta línea de pensamiento ligada a los intercambios entre madre gestante y feto se inscriben los aportes de Rousseau (1994) sobre la influencia de sucesos de vida (episodios significativos por su carga emocional) vividos por la mujer durante su embarazo y el bajo peso del recién nacido (RCU).

En una investigación llevada a cabo con una población de 60 madres de bebés prematuros RNMBPN encontramos que el 52% de las madres habían tenido una experiencia previa de muerte fetal o neonatal y/o abortos espontáneos o provocados, experiencias que implicaban un aumento de la toxicidad durante el embarazo creando un estado de vulnerabilidad biopsíquica (Ruiz, 2001). Estos estados tóxicos hacen referencia a estados de estancamiento libidinal en los cuales la pulsión no puede ser adecuadamente procesada (Maldavsky, 1995). ¿Podríamos hablar en algunos de estos casos de nacimiento prematuros de una arcaica interacción biológica madre-bebé ligada a un estado tóxico?

Lo interesante de estos aportes, reside en que la vida debe ser considerada como una indivisible continuidad con estados interdependiente. En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) Freud hace referencia a la continuidad entre la vida intrauterina y la primera infancia. Bion habla de estados límites antes del nacimiento, de un estado arcaico del funcionamiento perceptivo-sensorial del feto que continúa al nacer y es la base de nuestra vida psíquica. Meltzer (1990), basándose en los conceptos de Bion





ligados a la “Cesura del nacimiento”, desarrolla sus ideas sobre “El conflicto estético” que vive el bebé en su pasaje de la vida intrauterina a la extrauterina.

De esta manera la experiencia intrauterina es un constante aprendizaje para el bebé y constituye uno de los requisitos para sobrevivir, ya que en la misma se dan las bases para que el organismo se adapte a las nuevas circunstancias de la vida extrauterina. El nacimiento antes de tiempo interrumpiría estos procesos de “anidación biopsíquica” y le exigiría al bebé un esfuerzo de adaptación a un medio extrauterino para el cual no se encuentra preparado.

### **El bebé prematuro**

A partir de las 24-27 semanas post gestación el feto humano puede vivir en un ambiente extraútero. En estas últimas semanas de gestación completará un ritmo respiratorio, cardíaco, digestivo y de temperatura, a través de los intercambios placentarios. Recibirá una serie de estímulos somatoestésicos y cutáneos del líquido amniótico como sensaciones cenestésicas, facilitados por la pared uterina. Desde lo postural, la bolsa amniótica facilita el mantenimiento de un patrón flexor e inhibe lo extensor. Los ritmos de sueño-vigilia comienzan a diferenciarse lentamente al compás de los ritmos maternos.

El nacimiento prematuro en este período de gestación obliga al bebé a enfrentarse a un ambiente totalmente diferente al de sus necesidades y le exige un costo de búsqueda de equilibrio muy elevado.

Teniendo en cuenta el desarrollo del sistema nervioso, durante el último trimestre de gestación se daría en el feto el crecimiento de células gliales, la mielinización, el crecimiento del cerebelo, las conexiones dendríticas entre neuronas. El nacer en un período en que el árbol dendrítico se está organizando, determina en parte el comportamiento diferente del recién nacido prematuro en comparación con el recién nacido a término.

H. Als (1986) considera diferentes sistemas de organización del comportamiento del bebé prematuro, a los cuales debemos prestar atención para comprender su inmadurez. Estos sistemas son:

- *El sistema autónomo*, que se refiere a las funciones fisiológicas que hacen a la supervivencia del organismo: respiración, frecuencia cardíaca, temperatura, funciones digestivas y excretoras.
- *El sistema neuromotor*, que hace a la maduración del tono y las posturas.
- *El sistema de organización de los estados de conciencia, sueño y vigilia* y que van



desde el sueño liviano y la somnolencia a un estado de sueño profundo, diferenciado de la vigilia.

- El sistema *atencional*, que permite gradualmente la interacción y receptividad afectiva, o sea una respuesta social.

En un recién nacido a término estos sistemas se apoyan y estimulan mutuamente y funcionan suavemente, reflejando un sistema neurológico maduro. En un bebé prematuro estos generalmente no se desarrollan simultáneamente y se caracterizan a menudo por conductas desorganizadas o signos de estrés (por ejemplo temblores). Estas conductas son frecuentemente mecanismos protectores permitiendo al neonato cerrarse o interrumpir una interacción. El núcleo de estos sistemas es el autónomo sobre el que se asientan el desarrollo de los otros, como el control motor y el de los estados de conciencia, a partir de los que se dará la interacción con el medio.

Por otra parte, la función de los sistemas mencionados tienden a lograr un equilibrio homeostático; roto uno de ellos, se genera en cadena la desorganización de los otros. Por ejemplo, una sobre-estimulación que no le permita al bebé lograr un equilibrio en sus ciclos de sueño-vigilia, debido a intervenciones invasivas del equipo tratante o unos padres que intentan obtener respuestas de ellos más maduras que las que puede lograrse para su nivel de gestación, pueden provocar una pérdida del equilibrio del sistema autónomo y dar lugar a episodios de apnea (distres respiratorios).

Según Lester y Tronick (1990), el bebé prematuro de bajo tiempo de gestación tiene dificultades para emitir señales claras que representen sus necesidades y para protegerse de las estimulaciones demasiado invasivas y desequilibradoras.

La observación de signos de estrés y de estabilización por parte del equipo de atención y de los padres, permite brindar al recién nacido la cantidad de estímulos que lo ayuden a mantener su equilibrio homeostático y favorecer un tipo de sostén adecuado a sus necesidades, lograr un desarrollo armónico, y organizar sus ritmos somáticos de tensión-alivio, placer-displacer.

A partir de las semanas 36-37 de edad post-gestacional, el bebé prematuro logra paulatinamente un estado más integrado de los diferentes sistemas permaneciendo más en alerta, lo que facilita las interacciones con su madre. El sistema de atención-interacción representa la cualidad del estado de alerta que puede alcanzar el bebé y que le permite atender e interactuar con las personas y objetos del ambiente.

Paulatinamente este estado se hace más estable y diferenciado y facilita la interacción social. Así los padres se verán estimulados por las capacidades interaccionales



del bebé ayudando a los procesos de reorganización interna parental como los procesos de duelo que deberán atravesar (Ruiz, 2002).

Estos recorridos nos plantean las dificultades que deben enfrentar tanto el recién nacido prematuro como sus padres.

### Los inicios de la constitución psíquica

Freud (1915) plantea que el yo es ante todo un yo corporal. El yo se construye a través de diferentes tiempos lógicos. Freud afirma que el yo primitivo, “yo real inicial”, tiene un modo de tramitación de las tensiones que se relaciona con el modelo del arco reflejo. La diferenciación entre estímulos endógenos y exógenos no es dada desde el inicio y debe ser adquirida. De los estímulos exógenos el yo se puede fugar a través de la acción muscular y se los registra en la periferia exterior. Los estímulos endógenos tienen un carácter de perentoriedad y constancia, de los cuales el yo no se puede librar; para ser satisfechos, requieren la asistencia de un objeto exterior que efectúe una acción específica permitiendo así experimentar algún tipo de reacción e impidiendo que la necesidad adquiera un carácter desbordante o doloroso y que se desencadene un mecanismo reflejo en un intento de fuga a modo de descarga.

El yo real inicial estaría regido por el principio de constancia, cuya función sería la de lograr un estado de homeostasis, de homeorrhesis (homeostasis con cierta dirección) que puede ser llamado “bienestar de base” (Maldavsky, 1995). Al nacer el recién nacido, aquel que cumpla la función materna lo protege de los estímulos exógenos desmesurados como ruidos, temperatura, efectuando acciones específicas que le permiten al bebé crear su propia barrera antiestímulos. Esta función es llevada a cabo satisfactoriamente si se constituye un ritmo somático, homeostático, que determina estados de tensión y reducción de cantidad de estímulos, es decir que la tensión-alivio permite a este yo primitivo regular cantidades todavía no cualificadas, ligadas a la primacía de lo económico. Adquiere importancia el mantener un estado constante y que la tensión respete un determinado nivel. Por lo tanto el yo real primitivo es el responsable de la constitución de una barrera anti estímulos que protege al sujeto de estímulos improcesables. Maldavsky (1995) hace referencias a diferentes corazas antiestímulos, así señala una de carácter químico que actúa desde el interior del organismo enlazada a defensas inmunitarias y otra que consiste en una desafectización funcional como freno de la intrusión afectiva desde el contexto.

De acuerdo con lo planteado, se daría la necesidad de una función materna para la organización de lo psicológico que funcionaría como un primer filtro, tamiz y paragolpes de los estímulos. La asistencia brindada desde esta función facilitaría la cancelación de la necesidad y la emergencia del placer.

Spitz (1969) describe “la empatía cenestésica”, como una identificación materna que



desde lo corporal se da sobre el doble registro de sus propios estados afectivos y la captación de signos y señales que corresponden a diferentes estados del bebé dando lugar a las primeras identificaciones corporales de este (Haag, 1999). Maldavsky (1986) plantea que la madre permite la “apertura libidinal” de las zonas erógenas, las inaugura como tales y las constituye como totalidad en cuerpo erógeno.

Las alteraciones en la estructuración de un aparato protector para los estímulos interferiría en la constitución de una conciencia originaria, primordial (Maldavsky, 2002). Esta conciencia estaría enlazada a la percepción de los aumentos y decrecimientos de tensión como cualidades gracias a la aparición de los afectos, sentando las bases para la memoria y el pensamiento. Sus contenidos están constituidos por las cualidades sensoriales que surgen como consecuencia de las incitaciones mundanas y los afectos, derivados de las tensiones endógenas, pulsionales.

Debe señalarse que el recién nacido posee un equipo somático que le permite desarrollar sus capacidades de regulación. Sus capacidades sensoriales y competencias neonatales le permiten enfrentar al mudo externo y a los estímulos que lo rodean, cuenta con la organización de sus estados de alerta y vigilia, con la habituación a nuevos estímulos y la percepción trasmodal que le permite transcribir sus experiencias en diferentes modalidades sensoriales (Greenspan, 1981).

Greenspan (1981) describe diferentes etapas de la experiencia emocional del niño, señalando una primera etapa de homeostasis y analiza los desórdenes que pueden darse en la misma. Subraya la importancia de la cantidad y calidad de los estímulos que le permitan al bebé organizar su estructura disponible. Las capacidades del bebé pueden ser inadecuadas, esta puede ser hiperexcitable (no puede habituarse a los diferentes estímulos), o presentar déficit sensoriales o inmadurez neurológica, dificultades en los primeros patrones de integración sensorial, manifestar una sensibilidad de ciertos órganos (gastrointestinales, alergias); además, ciertas condiciones del medio ambiente pueden contribuir a la desorganización de la autorregulación del niño.

El recién nacido prematuro requiere una asistencia específica adecuada y diferente de la que necesitaría un neonato nacido a término. La alteración de ritmos impuestos por los cuidados que requiere durante su internación (como los procedimientos que deben ser llevados a cabo por el equipo de enfermería en momentos en que el bebé está en un estado de reposo o la estimulación por los padres que no respetan sus estados en sus interacciones, o la inadecuación de aportes sensoriales, como luces y sonidos de la unidad de internación) provoca experiencias de privación y sobre estimulación adversas al logro de un equilibrio homeostático y homeorreico.



### Primeras identificaciones corporales

G. Hagg (1999) plantea que las primeras relaciones de objeto se inscriben en identificaciones intracorporales que serían vividas en un escenario corporal y estarían enlazadas con los aspectos superficiales de la piel y con la organización del esqueleto, de la columna vertebral (como estructura interno-organizadora), con la motricidad y con la interpenetración de la mirada, y se constituyen a través de experiencias de sostén, de aferramiento que serían fundantes de un yo corporal.

Estas identificaciones corporales tendrían valor como comunicaciones primitivas y fundadas en los mecanismos de proyección y retorno de lo proyectado que son de naturaleza emocional. Así se estructuraría un yo corporal sobre la base de un sentimiento de envoltura y al que estarían ligadas los procesos de pasaje de estados de no integración a estados de integración.

Según la citada autora, la sensación de envoltura y reunificación corporal de los dos hemicuerpos son los que permiten la aceptación de los sentimientos de separación corporal. Así el yo corporal separado precede a la capacidad de decir “yo” (“je”).

De acuerdo con lo expresado anteriormente en relación a la experiencia de la prematuridad, aquellos que deben cumplir una acción específica maternante, como función de tamiz y filtro se hallan inmersos en sus propios procesos internos ligados a lo traumático y a los procesos de duelo que deben desarrollar y que están ligados al nacimiento antes de tiempo (Ruiz, 2001). Esta situación puede traer aparejado que el bebé no llegue a diferenciar los estímulos de la realidad objetiva (de carácter mecánico) de estímulos pulsionales, químicos, dando lugar a señales de estrés como las descritas anteriormente, desorganizando sus propios mecanismos de autoregulación (Als, 1986). Por otro lado, las primeras experiencias al nacer antes de tiempo resultan dramáticas y están ligadas a sensaciones de pérdida de contacto, de aferramiento, de caída sin fin, de despojo, y pueden llegar a interferir en la construcción de identificaciones corporales enlazadas a un primer sentimiento de envoltura y ligadas al yo corporal (Haag, 1999).

Estas experiencias alteran la creación de una coraza protectora contra los estímulos dejando al bebé a expensas de riesgos de invasión de procesos tóxicos alterando la estructuración de un yo real inicial y la constitución de una conciencia original. De ahí la importancia de proveer al bebé prematuro de tempranas experiencias piel a piel que le permitan procesar las incitaciones exógenas, transformándolas en sensuales y tiernas, facilitando la reparación e interiorización de un primer sentimiento de envoltura, base de procesos de separación futuros. Experiencias llevadas a cabo en diferentes unidades de internación neonatal como los Programas mamá canguro de Colombia o del Chaco, en nuestro país, favorecen los contactos tiernos y sensuales entre la madre y el bebé facilitando los intercambios interactivos entre ambos.



Las investigaciones llevadas a cabo con RNMBP (recién nacidos de menos de 1500 gramos), una de ellas con un grupo de niños en edad escolar que habían nacido prematuros y otra en el que se comparó el desarrollo de niños nacidos prematuros de 0 a 3 años con el de niños nacidos a término y sin patologías, demostraron los esfuerzos que deben realizar los primeros para poder integrar sus partes corporales (Ruiz, 2001). Pareciera que “el cuerpo” tolera mal ciertos tropezones iniciales de la vida cuando el psiquismo aún está en vías de constitución y la ruptura de ritmos e inadecuaciones que debe atravesar en sus inicios el bebé podrían generar una alteración en los principios económicos que regulan el funcionamiento psíquico. El restablecimiento de un equilibrio homeorrheico y la construcción del cuerpo erógeno a través de la investidura libidinal materna permitirán la construcción de otra historia.

Si esto no se da, podría dar lugar a la emergencia de trastornos en la regulación de la conducta (Klaus y Minde, 1988, citados por Contreras, 2001). En los niños mayores se manifiestan dificultades en la organización del sueño, la alimentación, la recepción de estímulos a través de diferentes canales sensoriales, alteraciones en la capacidad de consolarse, trastornos ante cambios o modificación de rutinas que impliquen un desafío sensorial, labilidad emocional y ansiedad de separación.

Desde la neurofisiología, estos trastornos son causados por una alteración del tono vagal que se encuentra aumentado, con dificultades para modularse ante los requerimientos del medio. Las fibras del vago se originan en el núcleo ambiguo de la médula y se relacionan con los procesos activos de atención, movimiento, emoción y comunicación. El estrés puede alterar el sistema parasimpático e impedir un “freno vagal”.

Desde el psicoanálisis podemos decir que el nacer antes de tiempo podría generar alteraciones en la constitución de la conciencia original, dando lugar a trastornos tempranos por afectación del yo inicial. Y en edades más tardías estos se reflejarían en alteraciones de la conducta.

#### **Seguimiento de una niña nacida prematura**

Camila fue la primera hija, muy deseada. Su madre realizó un tratamiento por fecundación asistida para quedar embarazada presentando una infertilidad primaria. Era un embarazo quintuplo. A las 24 semanas de gestación (6 meses) se produce la ruptura prematura de membranas practicándose una cesárea electiva. Camila fue la segunda gemelar con un peso de 650 gramos. Estuvo internada durante 110 días, período en el que fallecieron sus hermanos.

En su historia clínica figuran los siguientes **diagnósticos de egreso** de la internación: enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, ductus arterioso permeable, retinopatía grado III, sepsis confirmada, hemorragia intraventricular grado I.



**Evolución posterior:** crecimiento adecuado. Alimentación completa y variada.

**Patologías a destacar:** otitis recurrentes desde los 3 años, amígdala adenoidectomizada a los 6 años de edad con colación de diabólos bilaterales. Desde los 3 años presenta una miopía (5 dioptrías) que requiere el uso de anteojos en forma permanente. No presentó reinternaciones por patologías. Ingresa al jardín de infantes a los 3 años y 5 meses, luego del nacimiento de su hermana concebida sin fertilidad asistida.

#### **Primeros encuentros con la familia**

Como psicóloga de la unidad de internación neonatal concurre a la habitación de la maternidad al segundo día de nacidos los niños y encuentro a la madre junto a la abuela materna. Ambas me dicen que están mirando un programa de televisión en el cual va hablar su esposo acerca del “nacimiento múltiple”.

Un sentimiento de “grandiosidad” es lo que escuché en ambos relatos: del padre, en el reportaje, y de la madre, en la sala de internación de la maternidad. Por otro lado, la necesidad materna de hacer público este sentimiento y de posicionarse en su condición de mujer “que hizo todo lo posible para concebir”; quien es capaz de triunfar sobre su destino (de infertilidad). Un sentimiento de “excepcionalidad” era el que transmitía, ya que había intentado cualquier cosa con tal de “producir un bebé” (Giberti, 1996).

La pregunta que me formulé en estos momentos giraba alrededor de los recursos que desde lo psíquico contaban estos padres, para poder sobrellevar los difíciles momentos que la larga internación de sus hijos les deparaba e integrar la posibilidad de muerte de alguno de los bebés, ya que la edad gestacional y el peso de los recién nacidos generaba un manto de sombras sobre su futuro. En la madre, la interrupción del embarazo en un período de gestación tan temprano y la muerte de alguno de los bebés, que eran sentidos como partes de su cuerpo, reforzaba mecanismos regresivos, activándose defensas extremas del orden del clivaje, la desestimación y la desmentida.

Estos interrogantes nos llevaban a centralizarnos en los aspectos traumáticos y tóxicos que han sido descritos por Maldavsky (1995) y que no serán motivo de análisis en este trabajo. La escucha de la abuela materna durante la internación y los primeros años de vida de Camila nos permitieron armar la historia de estos padres, el proceso de parentalización-filiación, el conocimiento de la transmisión intergeneracional y el mandato de vida que marcaban el destino de esta bebé (Lebovici, 1983).

A lo largo de la internación, Camila sufrió diferentes complicaciones pero a pesar de su edad gestacional y estado clínico se mostraba como una beba poco demandante; sus señales eran leves y expresaba un comportamiento neonatal más bien letárgico. Esta situación permitía que otras personas se ocuparan de su cuidado, en especial su



abuela materna, ya que sus padres se encontraban en una situación anímica especial ligada a lo traumático de las muertes de sus otros hijos.

Estas primeras vivencias de vida de Camila nos llevarían a plantearnos ciertas cuestiones ligadas a las experiencias de dolor sufridas (por ejemplo la intervención oftalmológica debido a su retinopatía). En el neonato el registro de dolor se manifiesta como ruptura de un equilibrio homeostático y como desorganización de los diferentes sistemas descriptos anteriormente con sus respuestas de estrés y conductas de evitación (Als, 1986) y se correlaciona en lo psíquico como una ruptura del estado de bienestar de base y de la barrera protectora contra los estímulos.

La discontinuidad de experiencias de aumento y disminución de tensión junto a contactos empáticos y afectivos no siempre permanentes, generaba un empobrecimiento de la energía psíquica de Camila, expresado por su falta de vigor y la quietud. La pregunta que nos hacíamos en esos momentos giraba alrededor de la posibilidad de que estas sensaciones internas se transformaran en traumáticas, en excesos pulsionales que inundaran al aparato psíquico que por su propia inmadurez no se encontraba en condiciones de tramitar.

El trabajo con la abuela materna nos permitió crear encuentros desintoxicantes, posibilitando la cualificación de estos procesos internos. Acompañamos a los encuentros abuela-bebé con acciones concretas, por ejemplo, identificando los umbrales de tolerancia a los estímulos externos e internos de Camila, como ayudarla en sus procesos de autorregulación y consolabilidad.

Al alta de Camila, registré en su historia el siguiente comportamiento: *Se observa una hipertonia de miembros inferiores; desde la organización de sus estados, permanece en un estado de sueño profundo o liviano, siendo sus niveles atencionales bajos; en relación a la autoregulación, tendía a consolarse en contacto cercano con un adulto.*

El estado letárgico de Camila surgiría como protección y defensa arcaica frente a la irrupción de los estímulos, que daba lugar a un desmantelamiento de las sensaciones (Meltzer, 1984). Así mantenía períodos prolongados de sueño liviano o profundo (estos en menor medida). Si consideramos que el pensamiento se construye sobre la base de sensaciones, es decir que para sentir las cosas, primero hay verlas, tocarlas, olerlas, etc. y organizar estas percepciones que serán transformadas en psíquicas y más tarde serán mentalizadas (Maldavsky, 2002, Golse, 1999), podríamos interrogarnos qué sucedería en el futuro con esta niña.

Golse (1999) plantea que previa a la mentalización de las percepciones se deben psiquizar estas sensaciones a través del encuentro con un Otro primordial, transformando desde un anclaje corporal e interactivo las percepciones en imágenes.



Los estados de sueño prolongados de Camila podrían disminuir la cantidad de información recibida y captada a través de una percepción amodal descrita por Stern (1991). Esta consiste en la capacidad de tomar información de una modalidad sensorial y traducirla a otra, lo que supone una transcripción a una codificación que más tarde será reconocida en cualquiera de los modos sensoriales. Según el citado autor, el bebé forma representaciones abstractas de las cualidades de percepción y actúa basándose en ellas. Estas representaciones abstractas que el infante experimenta no son visuales, auditivas o sensoriales sino más bien intensidades y pautas temporales; las cualidades más globales de la experiencia están preconstituidas para realizar una transferencia de información transmodal que permite reconocer una correspondencia entre estas. El grado en el cual el bebé es capaz de integrar sus sensaciones a través de diferentes modalidades puede facilitar el mantenimiento de un estado de alerta.

Greenspan (1981) plantea que el bebé puede incrementar a través de su experiencia con el mundo que lo rodea sus capacidades para el logro de una homeostasis (consolarse, orientarse hacia estímulos visuales y auditivos, etc.) en sus dos vertientes: desarrollar su capacidad para atender al mundo y la capacidad para autorregularse en respuesta a la estimulación presentada. La hipo o hiper estimulación o la torpeza en los cuidados puede amenazar la integridad de esta capacidad de autorregulación, y dar lugar a futuros desórdenes en el desarrollo como defectos en funciones como percepción, integración, regulación, motilidad o fallas en la integración sensoriomotor.

Vemos que en estos momentos de descubrimiento la presencia del adulto es esencial facilitando las experiencias que constituyen la base de las primeras representaciones mentales. La posibilidad de trabajar con la abuela materna la identificación de señales ligadas a necesidades y vulnerabilidades de Camila, permitió a esta una mayor investidura del mundo, reflejada por períodos de atención más prolongados y conductas de autorregulación como logro de la línea media, llevarse las manos a la boca, sacarse y ponerse el chupete; estas experiencias facilitaban la creación de un sentimiento de envoltura psíquica.

#### **Consultas clínicas llevadas a cabo en su seguimiento**

Alo largo de los primeros 6 años de Camila mantuvimos contactos periódicos con la niña y su familia<sup>2</sup>. Estos encuentros correspondían por un lado a frecuencias establecidas por el programa de seguimiento de niños nacidos prematuros de muy bajo peso y edad gestacional, que consistían en controles de su crecimiento y desarrollo, siendo realizados por un equipo interdisciplinario formado por una médica pediatra, una terapeuta física, una fonoaudióloga y una psicóloga. En estos controles se aplicaban técnicas de evalua-

---

<sup>2</sup> Esta niña nació y fue atendida en la Clínica de seguimiento de niños prematuros perteneciente a la División de Neonatología del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires.



ción como la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley II y evaluaciones del lenguaje. Por otra parte, los padres de Camila podían consultar por cuestiones ligadas a aspectos emocionales relacionados con la crianza y desarrollo de esta niña.

Durante los dos primeros años concurrían a las consultas Camila, sus padres y la abuela materna. La madre era quien traía en brazos a Camila. Se observaba en general un exceso de abrigo, camisetitas, batitas, manta, etc. A medida que fue creciendo, su madre le confeccionaba los vestidos, que resultaban demasiado grandes para su tamaño, lo que dificultaba su gateo o el pasar de una postura a la otra.

La madre dormía con su mano apoyada sobre el cuerpo de Camila durante los primeros meses de vida de la niña, expresando sus temores por una posible muerte de esta. Cuando Camila cumplió un año decidió retomar sus estudios de formación docente.

Se relatan a continuación los datos aportados por las evaluaciones realizadas a través de la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley<sup>3</sup> y las evaluaciones realizadas por la fonoaudióloga.

#### **1º semestre**

- Hipertonía de miembros inferiores que le impiden regular los movimientos corporales adecuadamente.
- Presencia de signos de conducta “blandos”, como poca variación de los estados y corto tiempo atencional.
- Emisión de sonidos o vocalizaciones limitadas.

Resultados Escala de Desarrollo Infantil de Bayley (BDI. II):

Evaluación 7 meses de edad corregida:

Puntaje de la Escala Mental: MDI 93 normal.

Puntaje de la Escala Motora: PDI 66 con retraso severo.

#### **2º semestre**

- Aumento de interés por objetos y exploración del ambiente.

<sup>3</sup> Consiste en pruebas destinadas a conocer las habilidades del niño desde los 2 a los 42 meses de edad, identificar áreas, diagnosticar retrasos y cambios en el desarrollo a lo largo del tiempo; determinar el nivel de desarrollo del niño en términos estadísticos y documentar los efectos de complicaciones médicas y tratamiento.

Está organizada en dos Escalas, una mental destinada a valorar agudeza senso-perceptiva, desarrollo cognitivo, lenguaje y una motora destinada a proveer una medida del grado de control del cuerpo, coordinación motora gruesa y fina. Los resultados de la administración de las mismas se expresan con un puntaje ponderado el Índice de Desarrollo Mental (MDI) y Psicomotor (PDI). Al final de la evaluación se completa un registro de comportamiento que brinda información sobre socialización, actitudes, intereses, emociones, actividad y tendencias del niño expresadas a lo largo de la evaluación.



- Juegos exploratorios (sacar y poner).
- Mejor nivel de comprensión que expresión del lenguaje: sílaba-palabra, vocaliza en jerga (según referencia materna).
- Realiza imitaciones.
- Intentos de búsqueda de objetos desaparecidos.
- 15 meses de edad corregida logra marcha independiente.

Resultados Escala de Desarrollo Infantil de Bayley (BDI. II):

Puntaje de la Escala Mental: MDI 92 normal.

Puntaje de la Escala Motora: PDI 76 con retraso leve.

### **2 años**

- Ritmos más enlentecidos en el procesamiento de información visual (influenciados por su miopía).
- Dificultades en destrezas perceptivo-motrices.
- Lenguaje: etapa palabra-frase, escucha historias, comprende relaciones espaciales, nombra láminas y objetos.
- Vocabulario reducido.
- Ritmo lento: debe ser esperada.
- Dificultades maternas para crear espacios intermedios entre Camila y ella. No aparecen objetos transicionales. La madre es la que interpreta los gestos de esta niña, se plantea la necesidad de crear un espacio psíquico entre ellas, se deriva a ambos padres a tratamiento psicoterapéutico (la madre no acepta la derivación).

### **3 años**

- Destrezas motrices limitadas, por ejemplo saltar, correr con un pie.
- Ingreso al jardín de infantes (3 años, 6 meses).
- Dificultades con los límites.
- Celosa ante el nacimiento de su hermana.
- No socializa con pares, prefiere estar con personas de su entorno familiar.
- Lenguaje: frase simple, alteraciones fonológicas.

### **4 años**

- Buena relación con la hermana.
- Mejor integración en el jardín.
- Continúan sus desniveles en el lenguaje expresivo y comprensivo, influido por otitis a repetición.
- Negación por parte de los padres a aceptar las "dificultades" de Camila.

### **5 años**

- Nivel atencional acorde con su edad.
- Fallas en praxias constructivas y gnosias visuales.



- Lenguaje: alteraciones fonológicas sistematizadas y no sistematizadas.
- Vocabulario expresivo: nivel 3 años a 2 meses (evaluación del lenguaje).
- Vocabulario receptivo: nivel 3 años a 8 meses (evaluación del lenguaje).
- Fallas en pruebas de discriminación auditivas.
- Buena respuesta ante órdenes de selección.
- En las evaluaciones se debían esperar las respuestas de Camila, expresas en voz baja y con timidez.

A los 6 años, ingresó a 1° grado recibiendo apoyo escolar. Sus dificultades se centran en el área de lengua, su rendimiento escolar era adecuado para su edad. Inició clases de danzas y se mostraba más integrada con su grupo de pares. A sus 7 años nació su hermano con el que mantiene una excelente relación. Su hermana fue un estímulo constante para Camila.

#### **Datos familiares significativos**

A los 2 años de Camila, su madre relata en la sala de espera del Consultorio oftalmológico lo vivido “en forma pasiva” los días anteriores al nacimiento de sus hijos durante su internación en las habitaciones de la Maternidad; sintió que su cuerpo era invadido por los controles médicos que requería su embarazo de alta complejidad. Su estado de “madre excepcional” se transformaba en algo negativo para la “privacidad de su cuerpo”, ofreciéndose en forma pasiva a estos requerimientos. Estas experiencias traumáticas sufridas en el período previo al nacimiento de sus hijos y momento de alumbramiento interfirieron en el futuro en la sexualidad e intimidad con su pareja.

Es frecuente observar en situaciones tan críticas o dolorosas como las que tienen que atravesar estos padres durante la internación de sus hijos, la imposibilidad de enlazar sus vivencias con sus afectos en un espacio fijo, adecuado, como podría ser un consultorio, mostrando mayores resistencias en estos espacios que en un pasillo o sala de espera y en un momento posterior al alta del bebé (Fustiñana, Ruiz, 2002).

Los discursos paternos durante la internación adquieren una característica catártica, numérica, monótona, oscilando entre procesos tóxicos o traumáticos a la par de maniobras restitutivas (Maldavsky, 1995). Relatan con detalles los procedimientos realizados al bebé, controlan las máquinas que rodean a sus hijos como así también al personal de la unidad (Ruiz, 2002). Luego de poner en palabras esta parte de su historia, la madre de Camila quedó embarazada sin fertilización asistida. Cuando nació su segunda hija (con una concepción y nacimiento normal) ambos padres expresaron en las consultas clínicas de seguimiento, que posicionaban a Camila, cómo hija diferente y como su segunda hija, les enseñaba a ser padres “normales”. Aparecía Camila ubicada en el lugar de la “hija sobreviviente”. El “síndrome del niño vulnerable” (Anthony, 1978) surgía desde lo vincular, produciendo dificultades en los procesos de separación, entre madre e hija. Los retrasos en el plano motor y lenguaje desde lo



expresivo son un ejemplo. Kreisler (1987) plantea que los trastornos psicomotores observados en los niños se refieren a desórdenes instrumentales que pueden ser enlazados con anomalías psicosomáticas, desorganización ligada a una traba de investiduras libidinales y agresivas en el dominio mental.

Analizando la evolución de Camila a lo largo de estos años nos podemos interrogar sobre la motricidad en sus capacidades adaptativas, expresivas y vinculares. La hipertonicidad observada en los primeros meses de vida interfería en el diálogo tónico con aquellos que cumplían una función materna y exigían un esfuerzo por parte del adulto a fin de descifrar sus necesidades. Su madre no se encontraba en condiciones de poder comprender a Camila debido a sus propios procesos internos de tramitación de duelos ligados a la muerte de sus otros hijos. Este desencuentro limitaba su motilidad espontánea e interaccional reflejado en los niveles bajos de las evaluaciones del desarrollo que expresaban un retardo en las adquisiciones posturales y destrezas motrices. Con el nacimiento de su hermana y la posibilidad de sus padres de poner en palabras lo vivido en relación a posicionar a esta hija como frágil, Camila pudo conectarse con su propio cuerpo desde otro lugar. A los 6 años inició las clases de danzas.

Si bien las fallas en sus procesos de discriminación auditiva y fonatorios y sus retrasos del lenguaje expresivo y comprensivo se sustentan en un soporte biológico, también podríamos enlazarlas como se mencionó anteriormente, con ciertos aspectos de índole vincular. Si tomamos los aportes de Bruner (1983) en relación a los formatos y las primeras interacciones, podríamos decir que los estados depresivos maternos interferían en la construcción de estos procedimientos comunicativos no lingüísticos y en el desarrollo del lenguaje.

Vemos en este ejemplo cómo los primeros momentos vividos durante la internación mantienen su eficacia psíquica a lo largo de los años y de qué manera los mismos se pueden transformar en factores de riesgo para el desarrollo del niño.

Por otra parte, me interesaría señalar dos aspectos que resultan significativos en relación con momentos iniciales de la estructuración psíquica y con desenlaces posteriores en esta niña.

Primero, el mencionado acerca de la alteración de sus ritmos biológicos y psicológicos que eran tramitados por una desinversión del mundo circundante, interfiriendo en la integración de experiencias sensoriales. Las maniobras de consuelo dadas en la forma de acunamiento le brindaban sensaciones mecánicas ligadas a la monotonía de la autoconservación y contrapuestas a la búsqueda de una diferenciación sensual y sensorial. Esto se manifestaba en su necesidad de búsqueda de contacto por parte de un adulto que cumplía una función de soporte en un contacto piel a piel. Esta situa-



ción nos remitía a sus primeras experiencias intrauterinas, en un ambiente de termo-neutralidad, rodeada de líquido y del contacto con sus hermanos que resultarían una fuente de estímulos cutáneos y propioceptivos y a las posteriores experiencias neonatales de sub o sobre estimulación. Las necesidades de Camila se enlazaron con las necesidades “de fusión” de la madre, quien no favorecía una separación entre ambas, no lograba responder a las necesidades cambiantes de su hija e interfería en su desarrollo, por ejemplo, como se mencionó anteriormente no aparecía la palabra como espacio intermedio y mantenían una comunicación no verbal ligada a gestos que solo era compartida por ambas, en un vínculo simbiótico parasitario sin posibilidad de entrada de un tercero.

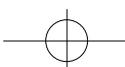
El segundo aspecto se refiere a la influencia y tramitación de fantasías inconscientes paternas sobre el mundo representacional del niño, como el mencionado “síndrome del niño vulnerable” y que puede llegar a interferir en los procesos subjetivos del niño.

Palacio Espasa y Knauer (1996) observaron en tratamientos psicoterapéuticos individuales de niños mayores la permanencia, reproducción y fijación de temas fantasmáticos expresados en terapias madre-bebé llevadas a cabo en los primeros años de estos niños. Estos autores se plantean de qué manera estos son introyectados por el bebé y pasan a formar parte de su mundo simbólico.

Las diversas proyecciones que la madre hace sobre su bebé demuestran que ella tiende a identificar diferentes imágenes de su pasado, como imágenes de ella de bebé, de personas significativas de su infancia o acontecimientos pasados. Estas ideas son complementarias con las de Pierra Aulagnier. De esta manera, la identificación proyectiva sería analizada no como un mecanismo de defensa patológico, sino al servicio de la interacción padres-bebés y como contribución a la estructuración psíquica del niño. La proyección de fantasmas maternos pueden consistir en imágenes con predominio libidinal, hostil, rechazante y/o simbiotizante. Podemos plantear que los temas fantasmáticos transmitidos al bebé serían inscriptos a través de la interacción y formarían parte de la memoria interna del niño (inconsciente).

Estas cuestiones se enlazan con los aportes de Giannotti (1991), quien planteó la relación entre las fantasías inconscientes paternas (FIP) y la organización del mundo interno del niño. Dichas fantasías serían un alimento para el crecimiento y desarrollo del niño y un aporte no visible para su vida interior, ya que están transformadas en el sentido “bioninano” y están metabolizadas por el trabajo psíquico de elaboración de este.

Las FIP pueden ser un alimento beneficioso para la estructura interna o transformarse en un estímulo perturbador y difícilmente elaborable que a modo de un trauma si-





lente obliga al niño a un continuo desgaste de energía en la tentativa a veces inútil de circunscribirlo y elaborarlo. El trauma silente no implica diferencia cuantitativa, sino diferencia geográfica. Está escindido o envuelto en los pliegues de la relación entre el niño y sus padres y se nos presenta a través de la identificación proyectiva.

Estas proyecciones maternas alteran el comportamiento del bebé y de sus posibilidades de integración psíquica dando lugar a fenómenos descritos por varios psicoanalistas, como E. Bick, en relación a la construcción de una segunda piel, y se enlazan con lo que Winnicott llama “funciones maternas”, con la “capacidad de reverie”, de Bion, con la “función de espejo”, de Winnicott y Kohut, y con la función de “social referencing”, de Emde.

Trabajar en períodos tempranos de la vida, nos permite conocer y entender qué es lo que se transmite al niño, cómo y cuáles son las vías por las cuales este recoge este mandato.

La madre de Camila abrigaba en exceso a la niña durante sus primeros años de vida, dormía con su mano sobre el cuerpo de esta por temor a que le sucediera algo y no escucharla, le confeccionaba vestidos grandes para su tamaño que le impidían sus movimientos y desplazamientos, como el gateo, dificultándole la exploración del espacio y de un exterior.

Podríamos interrogarnos cómo se daría la transmisión del estado afectivo materno ligado a temores e inseguridades y a incoherencia en sus mensajes (quería que creciera pero la mantenía a su lado y como se inscribía esto en el mundo interno de la niña).

Pensamos que las investigaciones clínicas sobre las interacciones patológicas madre-bebé permiten una comprensión sobre este tema (Kreisler, 1987). La sobreestimulación dada por la madre de Camila a nivel de cuidados, abrigos, sobreprotección y no facilitar experiencias de separación, generaban una serie de distorsiones en la interacción. Estas alteraciones dadas en un ritmo de contacto, de frecuencias, quedarían inscriptos en el cuerpo a través de las mencionadas identificaciones intracorporales (Hagg, 1999). Su tono aumentado en los primeros meses de vida, la ropa que interfería en sus exploraciones e integraciones de sus dos hemicuerpos, se presentaban como obstáculos para vivir en el escenario corporal lo sentido psíquicamente.

En las evaluaciones del desarrollo Camila debía ser “esperada”, tenía un ritmo diríamos “enlentecido” y exigía del adulto una función de sostén. Requirió un apoyo escolar para realizar sus tareas. En esta niña encontramos un déficit identificatorio en la medida en que requería la presencia de Otro como apoyo para sus producciones. Recordemos que Haag plantea que la antesala de los procesos de separación serán vi-



vidos en la separación corporal, no facilitada en este caso. Ha quedado “fijada” a un vínculo ligado a una identificación primaria donde no hay una discriminación con el objeto, hay una fusión objeto-sujeto, donde el otro ocupa el lugar de modelo (Roitman, 1993).

Luego del primer año de vida la madre no generaba espacios intermedios entre ella y su hija, como ya mencionamos, y ambos padres expresaban dificultades para aceptar los problemas de Camila, por ejemplo su retraso simple del lenguaje, las limitaciones en la socialización, la necesidad de apoyo escolar. La madre la posicionaba en el lugar de “vulnerable” y ella actuaba con esta premisa. Los efectos psicológicos persistían a lo largo de todo el desarrollo de esta niña, influyendo en los procesos de separación-individuación (Mahler, 1975) y manifestando un comportamiento dependiente con una modalidad inhibida.

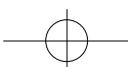
La posibilidad de la madre de poder gestar otros niños sin fertilidad asistida le permitió posicionarse en otro lugar, movilizandando aspectos inconscientes ligados a su complejo de castración y edípico. Fueron notables los cambios dados por esta madre y los cambios logrados por Camila. Estos procesos le permitieron unir sus partes corporales y afectivas, como lo reflejaban sus dibujos e intereses, alcanzar una mayor socialización con sus pares y la aparición de espacios propios ligado a la creatividad como la danza.

### Conclusiones

En este trabajo he intentado mostrar cómo se va organizando el psiquismo ante una situación tan particular como lo es el nacimiento antes de tiempo y en un período en que el cuerpo biológico no se encuentra en condiciones de sobrevivir por sus propios medios. Estos inicios están ligados a los efectos de lo traumático adquiriendo importancia el anclaje corporal e interactivo de estas primeras experiencias en sus dos movimientos de reciprocidad y asimetría.

Así planteamos la ruptura biopsíquica que vive el recién nacido prematuro, en especial los RNMBP. Consideramos la inmadurez biológica y los diferentes niveles de organización del comportamiento neonatal del bebé prematuro que constituirían la base del anclaje corporal de la estructuración psíquica. Se desarrollaron aspectos ligados a la construcción del yo real inicial y la alteración de la barrera protectora contra los estímulos y la conciencia original. Estos aspectos podrían dar lugar a futuros trastornos, como los de autorregulación en los primeros meses de vida del bebé y de conducta en años posteriores.

Se expusieron las dificultades en el anclaje interactivo madre-bebé prematuro planteando interrogantes acerca de una posible alteración de las interacciones biológicas feto-madre ligadas a un estado tóxico y posteriores vulnerabilidades maternas por





efecto de lo traumático del nacimiento prematuro. La situación descripta interfiere en la asistencia y las funciones maternas dando lugar a un posicionamiento del niño como vulnerable.

Se analizó cómo ciertas fantasías inconcientes paternas podrían ser transmitidas a través de identificaciones corporales y cómo por medio de ellas el niño recoge su mandato. Por último, planteamos el seguimiento de una niña prematura extrema, Camila, y los recorridos que ella y su familia realizaron a lo largo de sus primeros 6 años de vida. Subrayamos la importancia de crear un espacio de contención y escucha (que va más allá de lo físico) para el niño prematuro y sus padres.

### Bibliografía

Als, H. (1986), "Synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of premature infant and his parent in the environment". *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*, Sweeney J.K. (Editor). The Haworth Press.

Anthony, E. ; J. Chiland y Koupernik (1978), *L'enfant vulnerable*. París, PUF, 1982.

Bion, W. R. (1963), *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, 1966.

Brazelton, B. y Cramer, B. (1990), *La relación más temprana*. Buenos Aires Paidós, 1993.

Bruner, J.S. (1983), *El habla del niño*. Buenos Aires Paidós, 1986.

Contreras, M. (2001), "Intervenciones tempranas", Mesa redonda, Congreso Internacional sobre Discapacidad, Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires.

Chapieski, L.; Evankovich, K. (1997), "Behavioral effects of prematurity", *Seminars in Perinatology*. Vol 21 n° 3 junio 1997. pp 221-229.

Fain, M. (1977), "A propos de l'exposé introductif de L. Kreisler", en Kestemberg E.(comp) *Le devenir de la prématurité*, Presses Universitaires de Frances, PUF.

Fustiñana, C.; Ruiz, A. L. (2002), "Situaciones críticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales", Beker E., Beltrán M. del C., Bezzozi, A. (editoras) *Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas interdisciplinarias*. Buenos Aires. Catálogos.

Freud, S. (1915), "Pulsiones y destinos de pulsión" en *Obras completas*, Buenos Aires. Amorrortu Editores (AE). vol. 14.

(1926) *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE, vol 20.



Giberti, E. (1996), "El lado oscuro de la maternidad" *Actualidad Psicológica*, año XXI, n° 238.

Giannotti, A. (1991), "Equilibrio y rotura del equilibrio en la relación entre las fantasías inconscientes de los padres y el desarrollo normal y patológico del niño", *Vínculos tempranos y formación del Self*, APOLA Asociación para la Observación de Lactantes. Ciclo de conferencias, material no publicado.

Golse, B. (1999), "Les premiers représentations mentales: l'émergence de la Pensée", *Au début de la vie psychique*, Cohen- Solal, J ; Golse B.. París, Editions Odile Jacob.

Greenspan, S. (1981), "Psychopathology and Adaptation in Infancy and Early Childhood", *Clinical Infant Reports*, Connecticut. International Universities Press, INC.

Haag, G. (1999), "Devenir prope: les préalables", *Au début de la vie psychique*, Cohen Solal, J ; Golse B., París Editions Odile Jacob.

Kaplan, M; Mayes, L(1997), "Introduction", *Seminars in Perinatology*. Vol 21, n°3, junio 1997.

Kreisler, L. (1987), "Estudio 6: Rencontres nouvelles avec le bébé". *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Dunod, París; 288, 289.

Lebovici, S. (1973), *El lactante, su madre y el psicoanalista*, Amorrortu, Editores, Buenos Aires.

Lester, B. y Tronich, E. (1990), "Introducción. Estimulación del niño pretérmino: límites de la plasticidad", *Clínicas perineonatólogicas*, NY, Interamericana, Mc.Grah-Hill.

Maldavsky, D. (1986), *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores (AE), 1988.

(1995), *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires, AE, 1996.

(2002), "Refinamiento en la teoría psicoanalítica del pensar y la conciencia: para un intercambio con las neurociencias" *Subjetividad y procesos cognitivos*, 2002. pp125-164.

Meltzer, D; Harris, Williams (1990), *La aprehensión de la belleza. El papel del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte*, Buenos Aires, Spatia.

Meltzer, D. y col (1984), *Exploración del autismo*. Buenos Aires, Paidós.



Palacio Espasa, F., Knauer (1996), "Le développement de la vie fantasmatique et des identifications du bébé dans la clinique des psychotérapies mères-enfants". *Psychot - hérapies* vol 16. n°2. pp.79-86.

Roitman, C. (1993), *Los caminos detenidos*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Rousseau, P. (1994), "Point de vue: ¿quelles sont les véritables grossesses à risque ?", *Prévention précoces: les professionnels inventent- L`afree*, Cahier n° 7, 1994.

Ruiz, A. L.(2001), *El bebé prematuro y sus padres*, Miño y Dávila (en prensa) Tesis doctoral.

(2002), "Cuidados de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal". *Progra - ma de Actualización en Neonatología. Proneo*, Tercer Ciclo, Módulo 1. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.

Soulé, M. (1996), "Intervention" A propos de l`enfant et son corps", *Revue Françai - se de Psychosomatique*, n° 9 año 1996. PUF.

Spitz, R. (1969), "El papel de las relaciones entre hijo y madre en el desarrollo del infante". *El primer año de vida*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

Stern, D. N.(1991), *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós.

(1995), *La constelación materna. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hi - jos*, Barcelona, Paidós, 1997.

*Recibido: 11 de marzo de 2004*

*Versión Final: 13 de agosto de 2004*