

AVATARES DEL DESEO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Lic. Miguel Maldonado Pedreros
Psicólogo Clínico. Psicólogo Perinatal.
Terapeuta psicoanalítico. Miembro de ADPP.
mimaldop@gmail.com

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Maldonado Pedreros M. (2020) AVATARES DEL DESEO
EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
Intercambio Psicoanalítico 11 (2), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/
Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

AVATARES DEL DESEO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES¹

¹ Trabajo presentado en el XVIII Congreso Internacional de Psicoanálisis "Deseos". CPPL 18, 19 y 20 de Octubre del 2019, Lima – Perú.

Lic. Miguel Maldonado Pedreros²

² Psicólogo Clínico. Psicólogo Perinatal. Terapeuta psicoanalítico. Miembro de ADPP. Dirección: Grimaldo del Solar 450 dpto. 901, Lima 18. Teléfono: 5114449629, +51981930184. Correo: mimaldop@gmail.com

Empecemos con una frase de Magda Guimarães:

"Al dirigir la mirada y la escucha al mundo que lo rodea, el psicoanalista es convocado a dejarse afectar por lo que le proponen los nuevos territorios, por la época en que vive, pues es en el encuentro con las diversas realidades, que tendremos la oportunidad de revisar, criticar y reinventar el Psicoanálisis."

Es en su trabajo Deseo de mundo, ella es actual directora de Atención a la comunidad de la Sociedad Brasileira de Psicoanálisis de San Pablo. Estas palabras me hicieron revivir plenamente lo que ha sido mi experiencia de 9 años trabajando en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolomé. Trabajar en estos espacios interpeló la idea de psicoanálisis con la que llegué, reinventándolo de una manera que después ha revertido valiosamente en mi trabajo en el consultorio. Excedería el tiempo del que dispongo abundar sobre esto, es todo un tema para un trabajo, pero a nivel general me hizo cambiar del paradigma de la sospecha al paradigma de la confianza (Orange, 2013), revaloró la trascendencia del setting interno, y la importancia de la relación intersubjetiva en nuestro trabajo psicoanalítico, trascendiendo lo que se entiende como una escucha analítica al valor terapéutico de una actitud analítica.

En relación al tema del Congreso, en estos espacios nos encontramos con una confluencia de deseos que son maltratados o violentados en su satisfacción; uno de ellos el de la madre o la familia de tener un hijo con todas las fantasías e ilusiones que conlleva, y que se ve cortado por situaciones de vida como, como por ejemplo, que nazca un bebe prematuro, con malformaciones o enfermedades agudas, que requiera estar en una incubadora de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para sobrevivir, en este trabajo vamos a presentar un caso de un prematuro; un segundo deseo que es maltratado y violentado es el del recién nacido que como sabemos desde el neuropsicoanálisis y las teorías del desarrollo llega al mundo buscando que establezca vínculos, y que termina estando en una incubadora, con muy pocos contactos humanos, además de "sufrir" los tratamientos que requiere para sobrevivir. Un tercer deseo es el de los profesionales que trabajan para salvar una vida, que al centrarse en el cuerpo, en la salud física, en la supervivencia, generan o incrementan la violencia, al no saber cómo incorporar la dimensión subjetiva o parte psi en su trabajo, llevando a que en muchos casos trabajar en estos sitios repercute negativamente en su salud mental.

Es importante destacar que el trabajar en estos sitios también era violento para nosotros, por lo impactante que es encontrarse con lo anti natural de la escena de un recién nacido sufriendo y/o en riesgo de muerte, y segundo, porque desde el psicoanálisis relacional entendemos que el recién nacido, tiene la disposición a establecer vínculos, que su psique se desarrolla a partir de la relación con un otro (Mitchell, 2015;

Rodríguez Sutil, 2014, Coderch, Stolorow, Aaron, etc.), sumado esto a la trascendencia que tienen estos intentos de vincularse en esos primeros días y sus repercusiones tanto psíquicas como en el desarrollo de su cerebro vinculado a temas afectivos (Shore, 2005).

Acercarnos desde el psicoanálisis a la UCI neonatal implica incorporar el espacio de la palabra, de la dimensión subjetiva y tomar posición frente al sufrimiento psicológico de las diferentes personas que forman parte de estos Servicios, es decir, el recién nacido, su familia y los profesionales que laboran en él.

Otro tema muy importante que diferencia esta experiencia de la del consultorio, es que no hay manera de llevarla a cabo si no somos parte de un equipo. Patricia Alkolombe (2011), en su trabajo Diálogos entre ginecólogos obstetras y psicoanalistas, plantea algunas ideas sobre el quehacer de un psicoanalista en un trabajo interdisciplinario, reflexionando en cómo nos insertamos en estos espacios. En una situación semejante a la que nos encontramos, en nuestro caso con neonatólogos y enfermeras, Alkolombe nos habla de la interfase como una zona de vinculación/diferenciación en el marco de una experiencia interdisciplinaria, que se diferencia de la consulta psicoanalítica o médica de consultorio, en la medida que implica la construcción de un espacio común con los distintos abordajes profesionales, constituyendo nuestro trabajo uno de ellos.

Mathelin (1998) por otro lado nos dice que este espacio se va construyendo en la práctica, que fue lo que nos sucedió. Poco a poco nos fuimos ubicando en nuestro rol y función, sintiendo que teníamos y nos daban un sitio. Constatamos que la única manera de trabajar en estos espacios era formando parte del equipo, interdisciplinariamente, desde la interfase que nos refiere Alkolombe, aportando desde nuestro lugar al trabajo de la UCI. Nuestro aporte era incluir la parte psi, trascender el trabajo focalizado en el cuerpo, considerando el sufrimiento psíquico, al recién nacido y su madre como interlocutores, no como pacientes. ¿Cómo se dio la creación de esta interfase? Ese es un interesante tema para otro trabajo.

Hace nueve años comenzamos a trabajar en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé desde una institución Tejiendo Lazos. Por motivos x no funcionó y en la actualidad soy consultor en psicología perinatal del Servicio de Neonatología, donde se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales. Vamos a presentar un ejemplo clínico de como implementamos el psicoanálisis en estos espacios, a partir de la experiencia con Ruth y su hija Alexandra, quienes nos brindaron su consentimiento para hacerlo.

Los prematuros severos, que nacen antes de las 30 semanas y pesan menos de un kilo, lamentablemente necesitan estar un buen tiempo en una incubadora, Alexandra que les voy a presentar, estuvo dos meses y medio. Las implicancias que esto conlleva, como señalan Fava y colaboradores (1993), en el libro *Los hijos de las máquinas*, revelan una gran diferencia: mientras que el recién nacido busca soportar y procesar sus experiencias y sentimientos a partir de su relación con la madre o el entorno, que lo contienen, regulan sus emociones y organiza, en vez de ello, los prematuros están solos en una incubadora, con pocos contactos ya sea de parte de los profesionales o de una madre sumamente angustiada por la situación, además de las intervenciones invasivas necesarias para su supervivencia, necesitar una vía, estar entubados o con oxígeno entre otras cosas.

Una neonatóloga nos pide que hablemos con la mamá de una recién nacida prematura que pesa 730 gramos, y que además de tener también malformaciones, está muy delicada y en riesgo de muerte. "A la mamá - nos dice- se le ve muy nerviosa y no quiere verla". Esta es una de las maneras como tomamos contacto con las madres y los recién nacidos; ellas no nos buscan, están tomadas por la preocupación por la salud física, nosotros vamos hacia ellas. Por ello, los doctores que ya han incorporado dentro de las atenciones que se brindan, la necesidad de trabajar en el sufrimiento psíquico, citan los días jueves que asistimos, a las madres cuyos bebés están más delicados, o que las ven a ellas desesperadas o nerviosas. Según Mathellin (1998) todos los recién nacidos y su familias que pasan por esta experiencia, deberían ser atendidos. En nuestro caso, atendemos por problemas de cobertura solamente a los que los doctores citan, como es el caso de Ruth; pero también nos acercamos a las mamás que nos llaman con su mirada, cuando las vemos en las salas de internamiento y están solas sin sus bebés, o los recién nacidos cuando los vemos en la incubadora. Por último, atendemos también a las que nos derivan otras madres, con las cuales hemos trabajado y saben lo que hacemos: "esa señora está mal, sería bueno que converse con ella", estas madres también han incorporado la trascendencia del trabajo en lo subjetivo.

Me acerco a la incubadora. La imagen de la bebé era impactante por la fragilidad, pequeñez y la deformación que tenía en el labio superior que llegaba al paladar. Le comento que voy a conversar con su mamá que debe estar extrañándola. Por lo general, recabo los datos de la ficha, y por ello supe que el nombre de la madre era Ruth - es importante para las mamás que las llamemos por su nombre-. Constató que la bebé tenía el mismo apellido de la madre, lo cual me hizo pensar que había problemas con el padre.

Voy a buscar a Ruth a su cama y me presento como psicólogo que viene a acompañar a las madres que tienen que separarse de sus bebés. Ella me mira, voltea hacia la pared, después de un momento, por las lágrimas que caen me doy cuenta que está llorando conmigo. Al rato le pregunto si ha pensado en algún nombre para su hija, "Alexandra" me dice. Le comento que había visto a Alexandra y le había dicho que venía a hablar con ella (le explico dónde está y ella se alegra) ¿Ah la ha visto? me dice con gesto de satisfacción. Me comparte que es prematurita y está muy delicada (retoma el llanto) y me empieza a compartir minuciosamente cómo llegó al hospital: ingresó de emergencia por la presión alta (pre eclampsia), y por ello la internaron. Le dijeron además que su placenta se había comido todas sus vitaminas y que estaban en riesgo los dos: Alexandra tenía 50% de posibilidades de sobrevivir. Es común que las madres que pasan por estas experiencias necesiten "contar" lo que vivieron, tal como suele suceder en las personas que pasan por situaciones traumáticas. Por lo general no pueden comunicarlo antes, y es como si se deshicieran de algo tóxico que vuelcan sobre nosotros, metafóricamente quizá lo elementos beta de Bion; lo hacen minuciosamente y suelen repetirlo varias veces, para nuestro dolor, como parte de su elaboración. Contratransferencialmente nosotros nos vamos sintiendo cargados, al estar "encargándonos" de sus cosas y viendo si podemos devolverles algo cuando se puede. Que algo tiene que ver con que ellas tampoco puedan estarse encargando de sus bebés.

Me dice que no la vio los primeros días porque estaba en la UCI obstétrica, y no tenía quién le informe de su estado; que le da miedo verla, además que tiene temor que le suba la presión cuando la ve porque la pone muy nerviosa. Recordando el impacto que tuve cuando vi a Alexandra, le digo que es natural que sienta esos temores. Además que Alexandra está con las vías, el respirador y eso es impactante, (le explico para que sirva cada cosa, tratando de humanizar las máquinas). Después de un silencio me dice que quería tener un hijo, pero no sabía cuándo y ya tenía 40 años, hace años, que no se cuidaba y no salía embarazada, estaba pensando en hacerse un tratamiento y salió embarazada (queda en silencio).

Me comparte que solo ha tenido dos parejas, y con la segunda él no quería tener hijos. Cuando le contó que estaba embarazada, le dijo que aborte, porque él quería vivir la vida. Después de varios roces se separó de él y se vino a Lima. Le digo que debe de haber sido una situación muy difícil entre la alegría de enterarse del embarazo y la respuesta de su pareja.

No sabe lo duro que fue, me dio mucha cólera y decepción (empieza a llorar). Me llamaba, nos comunicábamos por la red, me decía que no era cierto, que de repente era de otro, que no pensara que me iba a ayudar. Me aislé del grupo de amigos que frecuentábamos. Después corte todo contacto con él y con el grupo y me vine a Lima a alojarme en la casa de mis padres, no le dije a nadie de mi embarazo. Bloqueé todos los contactos en las redes, no quería que le cuenten a él.

Quizá afectado por la soledad que me transmitía le empiezo a decir, la acogió su familia, ella me interrumpe-,...bueno en mi casa se habla muy poco, no he podido hablar de esto con ellos. La verdad que con nadie, pero al menos me acompañaban. Rescato el valor de su lucha y todo lo que ha tenido que vivir para tener a Alexandra, (silencio)...Sí, pero mire lo que me pasa, no puedo ni siquiera llorar por que se me sube la presión. Trabajamos la culpa que tiene por lo que le pasa a Alexandra, ¿Será por una discusión que tuve ese día con un familiar que pasó esto? La ubico en la situación de madre de un prematuro, de lo impredecible, de la incertidumbre con la que hay que convivir. Y le propongo que puedo seguir acompañándola los jueves. Ella acepta y así fue como empezó un trabajo que duró 8 encuentros más. Regreso y le doy el informe a la Dra. de la UCI y comparto con Alexandra sobre el encuentro con su mamá. La siguiente vez, se había complicado la situación de Alexandra con un problema cardiaco. Ruth había empezado a ver a Alexandra más seguido a la vez que continuaba elaborando el duelo por la situación con su pareja y la culpa por sentirse responsable, temas que están muy presentes en casi todos los encuentros; así como la comprensión de los informes que le daban los doctores diariamente.

Algunos hitos en el trabajo en las siguientes reuniones: la oscilación entre estados de mejoría y empeoramiento, el tema de dejar su leche en el banco de leche, el temor a tocarla "porque se puede romper", las primeras comunicaciones entre ellas, como Ruth pudo ir "envolviéndola", un día me pregunta si Alexandra la sentía, le digo que siente, me dice que si en un principio movía sus brazos cuando ella entraba, y posteriormente fue un momento trascendental cuando sintió que intercambiaron miradas. Más adelante surgieron sus miedos a cargarla ya que Alexandra necesitaba que haga de mamá canguro. En un primer momento se coordinó para que las enfermeras la reemplazaran, hasta que Ruth pudo hacerlo; fue duro darle pecho con las dificultades que implicaba por la malformación de su boca, que ella interpretaba como rechazo cuando Alexandra lloraba porque no podía lactar. Después de dos meses y medio trabajamos los temores a tenerla con ella en el alojamiento compartido, y posteriormente cuando tenía que llevarla a casa.

Como decía Mathellin (1998), cada analista debe inventar su lugar en un servicio, su interfase sería según Alkalombe (2011). En el caso de Ruth y Alejandra, de lo que se trata es de brindar un tipo de actitud psicoanalítica, donde se pueda cultivar un deseo que ha sido muy maltratado, hablar lo no hablado (Ruth no había podido hablar con nadie), donde se pueda nombrar, dar sentido y naturalidad a los sufrimientos, a regular los afectos, abrir un espacio para elaborar las culpas, que el traumatismo del nacimiento pueda simbolizarse, inscribirse, hacer un trabajo de duelo por la pérdida del recién nacido ideal, y de la separación, para que cada quién se halle en posición de sujeto. Sentimos que entre otras cosas hacemos un holding a las madres que facilita el desarrollo de la capacidad de holding de ellas para con sus hijos (Winnicott, 1990).

Las madres de prematuros ven alterado su deseo de tener un hijo, no viven los últimos meses del embarazo, donde del bebé imaginado va pasando a relacionarse con el bebé real. Al sentir las pataditas e irlo conociendo, palpándolo, percibiendo cómo se mueve y reacciona, experiencias que favorecen en la madre el desarrollo según Winnicott (1981) de la preocupación maternal primaria. En lugar de ello estas madres viven una situación traumática y violenta que detiene estos procesos. Por ello, consideramos que en el trabajo con Ruth y Alejandra y con las madres de prematuros, favorecemos en algunos casos este desarrollo, desde una actitud psicoanalítica que permita contener a las madres y sus recién nacidos y elaborar lo violento de estas situaciones. Por otro lado, también ayudamos a que los doctores y el equipo empiecen a dar un lugar al sufrimiento psíquico, a la dimensión subjetiva, a reconocer al recién nacido y a la madre como interlocutores y no como pacientes, disminuyendo de esta manera la violencia generada por la forma como se manejan estas situaciones en las instituciones.

Referencias Bibliográficas

- Alizade, M. A. (2002). El rigor y el encuadre interno. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Práctica psicoanalítica: Encuadres y procesos psicoanalíticos. No. 96, APU, Uruguay.
- Alkolombe, P. (compiladora). (2011). Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Coderch, J. (2014). Avances en Psicoanálisis relacional. Nuevos campos de exploración para el Psicoanálisis. Madrid: Editorial Ágora Relacional.
- Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M. (comp.) (1993). Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales. Madrid: Editorial Nueva Visión.
- Mathelin, C. (1998). La sonrisa de la Gioconda. Clínica con bebés prematuros. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Mitchell, S. (2015). Influencia y autonomía en psicoanálisis. Madrid: Editorial Ágora Relacional.
- Orange, D. (2013) El desconocido que sufre. Hermenéutica para la práctica clínica cotidiana. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas. Madrid: Editorial Ágora Relacional.
- Schore, A. (2005). Apego, regulación de los afectos y el hemisferio derecho en desarrollo: relación de la neurociencia del desarrollo con la pediatría. *Pediatrics Review* 26 (09), pp. 344-357
- Winnicott, D. (1981) Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott, D. (1990). Los bebés y sus madres. Buenos Aires: Editorial Paidós