

GACETA

SO  
DE  
PSI

JUNIO 2021

**Observación de un  
recién nacido prematuro  
hospitalizado en neonatología con  
el método de Esther Bick**

Susana Cubillos M.

(Rev GPU 2021; 17; 1: 66-79)

# Observación de un recién nacido prematuro hospitalizado en neonatología con el método de Esther Bick<sup>1</sup>

Palabras clave: observación de bebés en neonatología, intervención temprana, prevención de retraimiento relacional.

(Rev GPU 2021; 17; 1: 66-79)

Susana Cubillos M.<sup>2</sup>

El bebé que nace muy anticipadamente se ve lanzado fuera del continente materno a una inesperada lucha por la vida. Resistiendo desgarró y dolor, queda entregado a una multitud de mentes, voces y manos desconocidas que lo ayudan a sobrevivir, en una situación habitualmente ominosa. El impacto de la prematurez extrema en el neuro desarrollo cuenta con evidencia para fundamentar la intervención preventiva temprana, por tanto, cuidar el nacimiento psíquico en condiciones adversas, resulta prioritario. Con el objetivo de incorporar el cuidado de la mente de recién nacidos hospitalizados, se realiza la observación de un bebé muy prematuro, aplicando la técnica de Esther Bick. La síntesis de siete meses de observación, es comunicada a través de *momentos* especialmente sensibles del proceso, confirmando la aplicabilidad formativa del método para el posterior acompañamiento terapéutico de bebés en neonatología.

<sup>1</sup> Fecha de recepción: 10/5/2021. Fecha de aceptación: 27/8/2021.

<sup>2</sup> Psiquiatra clínica, mag. en Estudios de Género y Cultura. Unidad de Neonatología CHSJ. scubillosm@gmail.com

## Introducción

Sabemos que todo neonato humano es en sí prematuro, frágil y totalmente dependiente para sobrevivir. Su cerebro crecerá en esta etapa más aceleradamente que sus otros órganos y demorará en promedio 18 meses en alcanzar la primera habilidad para la independencia, caminar. La situación de hospitalización neonatal, interrumpe la continuidad vincular madre-bebé en el período más crítico del desarrollo, lo cual nos motiva a cuidar el proceso del nacimiento psíquico en estas condiciones, de la mano de la implementación de los cuidados centrados en el desarrollo (Als 2012, López y Perapoch, 2014).

Los estudios en efectos del estrés generado por condiciones de adversidad temprana se han multiplicado en los últimos años. El modelo experimental más utilizado es el de separación materna en roedores, evidenciando que dicha separación causa efectos conductuales y anatómicos a largo plazo (Wang 2020, Melo 2018). También, la intervención temprana, demuestra aumento de la plasticidad neuronal axonal, en ratas (Joseph 1999, Nozari 2017).

Estudios no experimentales, longitudinales de cohortes, muestran que la prematurez entraña mayor riesgo de secuelas neuropsiquiátricas mayores (5-10%) y menores (25-50%) (Sullivan 2021, Doyle 2021, Rogers 2017, Lejeune 2016, Liedzba 2016, Johnson 2016, Barclay 2009, Limperopoulos 2008, Räikkönen 2008). La expresión facial, conducta visual y vocalización, pueden dar señales tempranas de retraimiento relacional, entre los 2 y los 12 meses, las cuales pueden ser transitorias o sostenidas (Guedeney 2008). En un tamizaje de conductas relacionadas a autismo, el 26% de quienes pesaron menos de 1500 grs, evaluados antes de los 2 años, obtuvieron una puntuación significativamente anormal (Limperopoulos, 2008). El menor peso al nacer, la edad gestacional, el sexo masculino, la corioamnionitis, la hemorragia aguda intraparto, la gravedad de la enfermedad en el momento del ingreso y

los estudios de resonancia magnética anormales, se relacionaron con dichos resultados.

Para explicar el fenómeno, Singletary (2015), propone un modelo integrativo, a partir de los resultados de la investigación en neurociencias, ciencias médicas y sociales. De este modo, los trastornos del espectro autista en infantes nacidos muy prematuros, han de entenderse como un desorden neurobiológico, derivado de la experiencia de privación ambiental, el estrés temprano y la carga alostática de las constelaciones mórbidas (2015). No obstante, el estudio de Monte C (2016) concluye que el temperamento fue un predictor consistente de los problemas de conducta en los niños pequeños (18 a 36 meses) nacidos prematuramente; no así las características neonatales y los acontecimientos estresantes en la unidad de cuidados intensivos.

La revisión de meta análisis sobre intervenciones en estrés parental en contexto de prematurez, verifica el impacto de programas de Intervención Temprana en la reducción del estrés parental en progenitores de recién nacidos prematuros (Girabent-Farres, 2021). Sobre la participación paterna, el estudio de seguimiento de cohorte inglés, si bien no encuentra evidencia consistente de que la baja participación paterna prenatal o postnatal aumente el riesgo de varios diagnósticos de desarrollo a la edad de 4 años, los niños cuyos padres estaban ausentes en el momento de su nacimiento tenían un riesgo significativamente mayor de diagnósticos del desarrollo (Jackson 2012). Consecuentemente, Castel (2016) proporciona pruebas sólidas de la eficacia de la Terapia Triádica de Relación entre padres e hijos (TRT), para promover el desarrollo del bebé.

En nuestra neonatología, egresan alrededor de 100 nacidos prematuros extremos<sup>3</sup> al año,

<sup>3</sup> Prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional o de peso de nacimiento menor a 1500 grs.

constatando que cada particular constelación madre-hijos<sup>4</sup>, son tensionadas por combinaciones de factores de riesgo relacional, actuando en forma directa o indirecta, junto a los cuales actúan casi siempre otro conjunto de factores protectores (Cubillos 2009, 2013).

La presencia de los padres al momento del parto es de alrededor del 85%, sin embargo existen horarios acotados para la permanencia de ellos junto a los bebés, a la inversa de las madres.

### El aporte de la clínica psicoanalítica

Desde Freud, se conoce una continuidad de desarrollos teóricos acerca de la complejidad del devenir mental ocurriendo en el encuentro con otros, en el deseo, la frustración y las dinámicas inconscientes. El desarrollo de la mente estaría determinado por la herencia, el trauma y el ambiente. Los genes proveen los programas para el despliegue de conductas (deseantes) de contacto, asimiento y apego entre les bebés y sus madres, que incluyen modificaciones fisiológicas y estructurales para la sobrevivencia. El trauma del nacimiento generaría una intensa emoción de miedo a la muerte proyectada al exterior, encontrando un continente en la receptividad de la mente y el cuerpo de una madre sensible, “una madre suficientemente buena”, hablando de mujeres reales (Winnicott, 1956). Esta contención materna puede ser inestable, interferida por tendencias regresivas derivadas de los propios miedos e intensas emociones emergentes en el transcurso del embarazo y del acto de parir (Olza, 2017).

Desde la experiencia clínica con infantes, Melanie Klein propuso que los sentimientos

4 Una neonatología sería un lugar de validación para cambiar el uso del lenguaje, hacia una universalización inclusiva no binaria, terminando en “e” o “es”, dado que el nacimiento de bebés con sexo ambiguo o desarrollo sexual diferente, es un fenómeno que ocurre con cierta constancia.

de frustración del bebé, que no son metabolizados a través de la contención materna, son proyectados hacia la madre objeto como elementos hostiles y persecutorios. Esther Bick (1968) quien desarrolla el método de Observación de Lactantes señala “que en su forma más primitiva, las partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unir las, por lo cual resulta necesario asegurar su cohesión en una forma que se experimenta pasivamente, mediante el funcionamiento de la piel, que obra como un límite. Pero esta función interna —la de contener las partes del self— depende inicialmente de la introyección de un objeto externo, el cual debe ser vivenciado a su vez como capaz de cumplir esa función”. El objeto óptimo es el pezón dentro de la boca, junto con la madre que sostiene al bebé, le habla y de la cual emana un olor familiar.

Bion observa que la madre se encuentra en un estado mental cuya cualidad es una actitud de disponibilidad receptiva hacia su bebé que le permite leer los estados emocionales y pensamientos primitivos o protopensamientos del bebé, traducirlos y devolvérselos metabolizados por su mente, actuando como un continente emocional y cognitivo. Esta función la llamó “*Reverie*” materna<sup>5</sup>. Sería una función, propia de un estado mental receptivo, como de ensoñación, flotante, en la que la mente de la madre actúa como una máquina de pensar los pensamientos provenientes del bebé, haciéndole sentir contenido, e inaugurando en la mente del bebé su máquina de pensar, o lo que llamaríamos mentalización.

Con los múltiples factores que intervienen en este proceso, Bion construye una abstracción para comprenderlo y la denomina función alfa. Capaz de metabolizar los elementos beta, que son experiencia emocional pura, y

5 El concepto de *rêverie* en algunos modelos contemporáneos. <https://www.temasdepsicoanalisis.org> › 2019 › July › 18.

que no pueden ser procesados por la mente del bebé. Si ellos son contenidos por la mente de la madre, los transforma en elementos alfa mediante la función alfa. La *rêverie* describe la actitud de la madre frente a las comunicaciones del bebé, cuando es capaz de metabolizar las experiencias primitivas que el niño le proyecta. Esta función de “*rêverie*” es parte de la llamada “constelación maternal primaria”, que junto a la disposición vital de los neonatos humanos, para conectarse, asirse y apegarse a la madre o cuidadora y las defensas primitivas frente a la frustración/hostilidad, co-crean un espacio psíquico subjetivante para cada uno y un entre sí.

Actualmente, un desafío particular de “lo vincular” es pensar *desde* los vínculos, incluyendo la dinámica intrapsíquica, lo somático, las conductas relacionales con el otro, otros, la exterioridad y la interferencia constitutiva de elementos del ambiente (Staforelli, 2006). En nuestro caso, la disposición de la mujer a que ocurra un “encuentro”, para co-crear un “entre” la cría y la madre, que va más allá de la centralidad otorgada a la boca del bebé y el pezón materno. “Existirían combinaciones no previsibles en las conexiones entre (los cuerpos), desde la multiplicidad de interferencias que pueden provenir de espacios interiores y exteriores, donde los tiempos pueden ser divergentes y no lineales en una situación que está sucediendo” (Staforelli).

Pensando en cuidar la mente de bebés en el contexto de nuestra situación clínica, hay múltiples interferencias a considerar. Junto a la inmadurez de los órganos de los sentidos, se suma la ausencia o la presencia discontinua de la madre, la omnipresencia de los estímulos tecnológicos, la oscilante vitalidad y el trauma recurrente del abismo de la muerte, continuada por intervenciones penetrantes, amputantes, y dolorosas. ¿Cómo ocurre el nacimiento psíquico del bebé prematuro que vive en estas condiciones? ¿Cómo se afecta? ¿Qué estados mentales

predominan? ¿Cómo impacta esto a los cuidadores, a los equipos? ¿Qué efectos tiene en el bebé la multiplicidad de cuidadores y manipulaciones, que tanto se repiten y cómo cambian?

Desde lo vincular, se piensa en la *afectación* como la experiencia que se produce entre los que la están viviendo. Emociona, hace sentir, evoca, llama, provoca. Acontece como transferencia e interferencia, como impacto y perturbación, sorpresa y alteración. La observación de un recién nacido tan prematuramente podría significar, en palabras de Kleiman una “interrupción, como un salto fuera de los automatismos. Es algo devenido singular, novedad y producción”. “Pensar la clínica contrariada, tensionada, estallada por preguntas que despiertan curiosidad por esa ajenezidad que se nos presenta” (Sonia Kleiman, comunicación personal, 2021). La vincularidad tiene zonas de disrupción, cuando aparece la alteridad como perturbadora de creencias, representaciones, ilusiones y es importante que ocurra para abrir nuevos caminos.

### **La observación de bebés aplicada en neonatología**

La presencia de psicoanalistas en unidades de neonatologías, ha generado el desarrollo de nuevas intervenciones clínicas (Vanier 2013-2015, Botero 2010, Cohen 2003, Negri 1994). Una de las herramientas de apoyo más mencionada es el método de observación de bebés desarrollado por Esther Bick (Magagna 2013, Castro 2011, Izzedin-Bouquet 2009, Altman 2005, Fonagy y Campbell 2015). El método consiste en observar semanalmente, durante 1 hora un bebé sano en interacción con la madre, en su casa, sin interferir su rutina, durante el primer (y hasta el tercer) año de vida. Fue incorporado en la docencia de terapeutas infantiles en psicoanálisis en la clínica Tavistoc de Londres, desde 1948. Desde 1960 es parte de la malla de primer año como método auxiliar de la enseñanza de psicoanálisis y la terapia infantil, más

que como instrumento de investigación (Bick, 1964). No obstante, Bick resalta la importancia del método para el entrenamiento en la recolección de datos y la formación del pensamiento científico; advirtiendo sobre la dificultad para referir hechos libres de interpretaciones. Bick aborda dos aspectos centrales del observador: las vicisitudes del rol y su actitud, consciente e inconsciente. Ella concibe al observador como uno suficientemente integrado a la situación que observa como para dejarse impactar emocionalmente por ella, sin tener que sentirse responsable o comprometido con lo que ahí ocurre. Lo segundo se relaciona con el impacto que suele tener en las actitudes de observadores, tendencias regresivas de la mujer posterior al parto. Para Esther Bick esta metodología resulta importante para entender la conducta no verbal del niño, en un periodo en que este no juega ni habla y se le reconoce un valor fundamental para la prevención y la intervención temprana. Este aprendizaje, por la experiencia, puede ser llevado a cabo no solo por psicólogos, sino también por otros profesionales.

Observar en el escenario de una neonatología requiere una adaptación del método clásico, poniendo el foco en el bebé dentro de su rutina de vida hospitalaria. El objetivo de la observación, en este caso, ha sido habilitar un camino para acompañar terapéuticamente a los recién nacidos, a través de una experiencia que constituye una vía regia para llegar a conocerles y subjetivarles.

En nuestro horizonte está la propuesta de Vanier (2015), de que las vidas de los bebés sean salvadas de modo diferente, poniendo al mismo nivel de la reanimación física, la reanimación psíquica. Le ha llamado “co reanimación de bebés”, experiencia que fuera comunicada públicamente en Santiago de Chile en 2016. Implica en ello a todo el personal de la neonatología, alentando la “suposición” de que el bebé tiene una mente que, en dicho contexto, debe ser animada, traída a la vida.

## Metodología

Adaptamos el método Bick al contexto neonatal, observando un bebé de muy bajo peso al nacer, en este caso de 960 grs, de 29 semanas de gestación. Esta experiencia se llevó a cabo semanalmente en la unidad de cuidados intensivos y luego en la unidad de tratamiento intermedio de neonatología. La observación consistió en sesiones semanales de 50 minutos, junto a la incubadora. Se realizan 29 sesiones, la mayoría sin la presencia de la madre o el padre y ocasionalmente con la presencia del personal que atendía al bebé.

El método consta de tres etapas:

1. La observación del bebé, en que la idea es contactarse emocionalmente con él, durante una hora, semanalmente, sin interactuar con él.
2. Registro escrito de lo observado, lo más detalladamente posible, incluyendo los sentimientos de quien observa.
3. La reflexión grupal, o seminario, en que la observadora lee su relato ante el grupo con el fin de reflexionar sobre lo descrito, buscando posibles significados. Este trabajo es contenedor de las fuertes emociones a que se ve expuesto el observador.

La actitud mental a mantener frente a la incubadora es la atención a las señales vitales del ser del bebé, dejándose impactar por él.

El grupo de reflexión estuvo constituido por psicólogos, trabajadora social, matrona, técnicos paramédicos y psiquiatra; con la guía de la psicoanalista experta, docente de la Asociación Psicoanalítica Chilena.

Historia del bebé “L”: sus progenitores, a quienes llamaremos “E” y “M”, tenían un relación de pololeo menor a un año cuando nace L. Habían planeado dejar sus compromisos de trabajo y estudio para irse juntos en un viaje de aventura y libertad. La noticia del embarazo la recibe E

casual e inesperadamente en una consulta a la que asiste sola. Llena de cavilaciones y temerosa de la reacción de M, tarda una semana en comunicárselo. Superado el primer impacto, deciden continuar adelante juntos disponiéndose al cambio de planes. La gestación era de 16 semanas aproximadamente. Dos y medio meses más tarde se desencadena el parto y nace L. La llegada de su pequeñísimo bebé a una UCI, despertó en ellos un profundo sentimiento de amor, unión y cuidados mutuos. Ambos se abocaron a acompañar a su hijo en la lucha por vivir, a la vez de procurarse el sustento, haciendo pan y empanadas que vendían en el mismo hospital.

L padeció las complicaciones de la prematuridad extrema, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante, sepsis, atravesando varios periodos de extrema gravedad.

Para comunicar los resultados del desarrollo de la observación, se elige la descripción de una secuencia ordenada de “momentos”, en tanto que ellos expresan patrones repetidos de gestos, movimientos, conductas que van apareciendo y que antes no estaban, y que impresionan a la observadora como cualitativamente significativos, a partir del impacto observado en el bebé, en sí misma y en el personal. Sin pretensiones de establecer hitos del desarrollo ni nada por el estilo. Más bien compartir expresiones de funciones del soma-psyque, en un complejo proceso de sobrevivencia, donde las funciones corporales, referentes de la unidad psique-soma, se encuentran bajo efectos de fármacos (sedantes entre otros), manipulación, molestia, dolor y sin la contención estable de los cuidados maternos.

Las reflexiones realizadas en el seminario grupal buscaron principalmente explicar o entender la vivencia de L, de la observadora y las otras personas del entorno. Estuvieron orientadas hacia una perspectiva del cuidado que requeriría tener el bebé. Cabe hacer presente que del grupo de reflexión, solo la analista guía y una psicóloga tenían formación psicoanalítica.

## Desarrollo de la observación de L

L nace en enero de 2017, con 29 semanas de edad gestacional, pesando 960 grs<sup>6</sup>. Es ingresado inmediatamente en unidad de cuidados intensivos, conectado a un ventilador mecánico de alta frecuencia, que permitirá la función respiratoria en forma asistida.

La primera sesión ocurrió a las 14 hrs. de nacido L. Se observa un bebé con piel rubicunda, recostado sobre su espalda, rodeado por un nido de contención, con un sensor luminoso en su tobillo derecho. Sus párpados son dos hendiduras lineales en su rostro, el cual está deformado por telas adhesivas fijadas a ambos lados de la boca entreabierta. El ventilador hace vibrar todo su cuerpo. El matrn introduce una finísima sonda nasogástrica por la fosa nasal derecha, sin observarse resistencia alguna, pareciendo no molestarle al bebé. Aplica una solución transparente, diciendo: “te prometo que no te molestaré más”. Pienso que está sedado, no obstante, se sobresalta varias veces.

Esta descripción general contiene lo que será la escena base en que transcurre la observación, cuyos elementos centrales se repetirán en el tiempo: el ser del bebé en su entorno y circunstancia, incluyendo al personal que lo atiende, la tecnología que lo sostiene, la madre, el padre y la observadora. Su persona irá emergiendo en este entramado, que incluye el contacto de un sinnúmero de personas entre sonidos de rítmicas alarmas recordando constantemente la fragilidad presente.

### Momento Uno. *La vida que sale del capullo*

Me mantengo atenta a las reacciones corporales del bebé frente a estímulos y mi impresión es que él está en un proceso de inserción en el tiempo y espacio de la neonatología. A la primera semana observo la aparición de movimientos

<sup>6</sup> La madre otorga el consentimiento informado para la observación.

de deglución aislados. Sus reacciones corporales pueden ser espontáneas o en respuesta a la luz, un ruido, etc... los movimientos pueden ser totales, sin orden alguno, estirándose y retorciéndose o sacudidas parciales de sus bracitos o piernas. Estoy atenta a las intervenciones a las que está expuesto el bebé, a sus reacciones y las mías. Ej.: “la doctora manipula el tubo de ventilación y casi ocluye con su dedo pulgar la abertura de su boca. Me inunda la sensación de asfixia y desesperación. El bebe se abandona a las maniobras, que duran bastante. Es como si el cuerpo estuviera desparramado”.

Prontamente surge la vivencia de la temporalidad y espacialidad como elementos omnipresentes de la experiencia y que parecen habilitar o co-crear un sentido de unidad. Ej: “se cumple mi tiempo de observación, pero siento que no puedo irme. Que debo seguir siendo parte de esta escena, la doctora, la técnico que la ayuda, el bebé y yo. Cuando ellas se van yo me quedo unos segundos mirándole y pensando si estar observando al bebé y tenerlo en mi mente, podrá darle a él una noción o vivencia de unidad”.

En el grupo de reflexión las palabras actualizan la vivencia y la expresión emocional, que contenida hasta entonces, desborda mi límite. Puedo sentir la conmoción que me produce la situación que he observado. Un bebé extremadamente vulnerable, a merced del dolor proveniente de un entorno intrusivo, que hará lo imposible por mantenerlo con vida, en ausencia de una madre para contenerlo.

### **Momento Dos: Cuando la sintonía de mentes parece manifestarse**

Al mes de vida L está muy grave. Surge la pregunta ¿Sobrevivirá? ¿Será tan fuerte su organismo? Tiene indicada limitación al esfuerzo terapéutico por el fin de semana. Su madre y padre lo acompañan. Ella le habla susurrante. El padre tiene los piecitos de L apoyados en la palma de su mano y la madre contacta el dorso del pie derecho con su mano. O sea, su pie

queda en contacto con las manos de la madre y el padre. Su cara está abultada, hinchada. Sus brazos y piernas reaccionan suavemente al contacto y también al momento en que la madre retira su mano. Ella vuelve a susurrarle. Manos y pies se ven congestionados. El padre toma los pies de L uno en cada mano y los mueve hacia afuera y hacia adentro, suavemente, como un abanico que se abre y se cierra. Hay una gruesa marca de pinchazo y otras huellas de intervenciones en su antebrazo. Sus padres se van. L se retuerce y estira. En un momento observo que sus dos pies se mueven al unísono, totalmente coordinados, haciendo el mismo recorrido que le hiciera el papá un momento atrás. Sorprendida, pienso que lo que hizo este papá se grabó en la mente del bebé y que L tiene las manos del padre en su mente. Quedo muy impresionada. Hay una danza de sonidos de tres incubadoras con bebés graves. Sin darme cuenta empiezo a recorrer con mis manos los puntos dolorosos de mis propias manos, antebrazos y brazos, descubriendo y masajeando cada punto de dolor. Un brazo y el otro. Luego ambos a la vez. Entrelazo mis dos manos extendiendo los dedos, masajeándose mutuamente. Vuelvo a poner el foco en L, haciendo un paralelo entre su sensación de dolor y el mío. Empiezo a conmoverme, por lo que detengo mi mente y continuo observando y masajeando mis dolores.

La atmósfera está enrarecida. Parece haber un compás de espera en alerta. Hay menos conversaciones del personal. Una doctora viene, mira una máquina y se va. El matrn administra medicamentos y escasos cc de lechecita por diferentes sondas, diciendo que esto lo conforta. A la experiencia de temporalidad, espacialidad y unidad, se ha agregado la percepción de un espacio donde se da una sintonía de mentes.

### **Momento Tres: La vida onírica del bebé y la función integradora del sueño**

Alrededor de los 60 días de vida observo evidencia de sueño REM y un estado emocional de bienestar. Me sorprende enormemen-

te sus gestos, dado el contexto de sufrimiento continuo desde el nacimiento. “Observo varios movimientos oculares rápidos bajo sus párpados junto a una sonrisa amplia y luego esbozada. Sus párpados izquierdos se entreabren levemente y vuelven a cerrarse. Percibo una sonrisa en mis labios y siento placidez. Luego tengo bostezos, somnolencia y mi cuerpo se balancea adelante-atrás. Miro el reloj. Faltan 15 minutos de observación, que pasan muy lentamente. Pienso ¿qué podrá soñar L que lo hace estar plácido y sonreír? ¿Serán recuerdos de su madre y su padre junto a él o son recuerdos de su vida uterina? ¿Sus voces, sus miradas, sus contactos? Es como si este bebé nunca hubiera pasado por los procedimientos dolorosos que ha tenido. Este es otro momento.”

“Su facie oscila entre placidez, muecas que parecen sonrisa y luego bostezo. Yo bostezo también. Pienso que mis neuronas en espejo están funcionando porque imito simultánea y espontáneamente los movimientos del bebé. Me sonrío junto a él, abro la boca, bostezo, contraigo, junto con él y en forma espontánea.”

El tiempo de este estado es eterno. Pienso que quizás somos tan resilientes porque los registros de dolor parecen ser más febles que la experiencia de placidez. Quizás se imprimen en un registro temporal diferente y así se logra sobrevivir psíquicamente.

#### **Momento Cuatro: *El impacto emocional del sufrimiento, estrategias defensivas***

Desde aproximadamente los cien días, observo que L ya succiona con fuerza, fija la mirada en el rostro de la madre o la persona que lo atiende. Se defiende de lo que le incomoda desde el primer mes de vida, sin embargo en este periodo se observa más clara la expresión emocional en su mirada. La estrategia defensiva es quedarse inmóvil, entregarse y evitar de este modo el padecer. Cierra los ojos, se queda muy quieto, se distiende, se relaja. Observo este mecanismo varias veces en él. Se alterna

con periodos de breve agitación, molestia, dolor, en que se contrae, sus brazos y piernas se flectan. Las manos se dirigen hacia la cara y las piernas hacia el abdomen. La cara se enrojece, aprieta los párpados, hay temblores de la mandíbula inferior y movimientos masticatorios o de succión muy breves. Entreabre los ojos que se mueven hacia arriba y los costados sin fijarse en ningún lado. Es como estar a la deriva.

Sesión 15: “Con rapidez la matrona prepara las telas que fijarán las sondas y las introduce por las fosas nasales del bebé quien se defiende. Tiene náuseas, seguidas de llanto audible y desconsolado. Luego la presencia de la sonda hace desaparecer el sonido del llanto. Mientras la matrona fija las telas adhesivas, el bebé cierra los ojos y se queda quieto un ratito breve, hasta que lo vuelven a manipular. Abre los ojos, los fija en la cara de la matrona y llora sin sonido. Luego emite un breve aullido y se vuelve a silenciar. Una mirada de súplica emerge desde muy adentro y comunica una profunda tristeza.”

#### **Momento Cinco: *Aprendiendo a alimentarse: el hambre, la angustia que desespera y disregula***

A los 149 días de vida y dos meses de edad corregida, su mamá lo pone al pecho por primera vez. El bebé succiona pero no logra coordinar la deglución. Entre que traga, respira y llora, se desordena, se desespera y se agita.

Viñeta: “La kinesióloga va a alimentarlo. Intenta acomodarlo mientras le habla. Respira, le dice, con calma, con calma, tranquilo! Le sopla la cara, revisa las pantallas, el sensor. El bebé no logra calmarse. Lo pone en la cuna y el bebé se agita, arquea la columna, tensa sus piernas y llora desconsoladamente. Ella dice que está muerto de hambre, pero entre el reflujo y las náuseas, no logra tragar y se desespera. Lo consuela. El bebé acostado no logra tranquilizarse y la cuna queda completamente desarmada. La kine lo vuelve a tomar en brazos y lo acuna firme en su pecho, acariciando su cabeza.

Le pone el chupete, que el bebé succiona con vigor y se calma. Nuevamente conecta la jeringa a la sonda y logra que la leche baje lentamente. El bebé abre sus ojos y la mira. Ella hace sh sh y lo mece. Cada cierto rato se desespera, se mueve, se le sale el chupete y la kine tiene que volver a revisar cada paso del procedimiento”.

### **Momento Seis: La regulación en brazos de su madre**

A sus 156 días, “la mamá le habla tiernamente acercándose mucho a su rostro. El bebé mueve sus brazos. La madre lo nota inquieto y dice: *Está despertando enojado!! No pues, tranquilo, y mueve su silla nido. No hay caso, dice, y lo toma en brazos, con mucho cuidado, lo acuna en su pecho meciéndolo y hablándole. Su mejilla está en contacto con la cabecita de L. Le da palmaditas en la espalda, le habla, le besa la cabecita y la mejilla. Luego lo acuna entre sus dos brazos, muy apegado a su pecho y cerca de su rostro. Mueve su cuerpo rítmicamente hacia sus lados y L se queda muy tranquilo y relajado”.*

### **Momento Siete: Preparando el egreso: la fuerza vital de L**

A los 204 días (4 meses de edad corregida), preparando su egreso, se ha instalado una sonda al estómago a través de un orificio en la pared abdominal. Es el primer día post cirugía. Yace medio desnudo sobre una cuna de procedimientos. Hay máquinas y sondas nuevas a su alrededor que me asustan e impresionan. Observo cuidadosamente el entorno y me hago conjeturas sobre los procedimientos que ha vivido.

“L duerme con una respiración agitada, con retracción evidente y succiona su chupete con inusitada fuerza. Sus brazos extendidos al costado del cuerpo y sus manos enguantadas en una gasa tubular, dejan ver que está amarrado. Impresiona la intensidad con que succiona su chupete. Hace pausas, de no más de 6 a 7 segundos y continúa vigorosamente afechado a su tete. Despierta, abre los ojos, los fija

arriba y se mueve. Flecta sus piernas, tensa su tronco, lo levanta y trata de mover sus manos sin lograrlo. Forcejea. Yo estoy con el rostro conturbado, con expresión de angustia y miedo. ¡¡¡No se le vaya a salir el chupete!!! pienso. Es el cordón umbilical que lo une al mundo. ¿y si se le cae el chupete a L, ¿qué voy a hacer? Hago sh sh sh sh en voz muy tenue, todo el rato, buscando que vuelva a tranquilizarse”.

### **Momento Ocho: Su traslado y la separación**

Ocurre a los 227 días de vida, un día de septiembre. La jefa de matronas sentencia “L se va al Roberto porque tiene un virus”. Su madre está con él, le habla, él la mira, lloriquea y rechaza el chupete. Ella se inquieta y lo toma en brazos, lo acuna y lo mece mientras le habla consolándolo. La técnico prepara una incubadora móvil. *Eso no le va gustar, dice la mamá, ahí sí que va a llorar.* El bebé la mira y la expresión facial de él cambia sutilmente. Su boquita esta entreabierta, los labios se mueven tenuemente y su expresión cambia desde el “agrado” mirando a su mamá, a un “puchero” levemente esbozado. Esto se repite un par de veces.

Su carita se ve congestionada pero enflaquecida, parece un viejito. L está con naricera de alto flujo y su respiración es agitada, con retracción subcostal rápida. De repente tose ruidamente, se agita y llora. La mamá lo mece de arriba abajo, luego lo pega a su pecho y mece su cuerpo hacia los costados. El bebé se calma. Le informa: *“vamos a irnos a otro hospital mi amor, yo voy a estar contigo, todo va a estar bien”.* Técnico y mamá se afanan en la tarea de cambiarlo y dentro de la incubadora portátil vuelve a llorar. La mamá le pone el chupete, le golpea su pechito suavemente y se calma. *“¡Que fea esta cosa!”* le dice, *“pero mira, yo estoy aquí contigo, mi amor. Vamos a ir al hospital del lado así es que nos tenemos que despedir”.* La madre le sigue hablando y el chupa su chupete. Se queda tranquilo y calmado. La matrona ordena usar mascarilla y se la pone a

la mamá quien reclama. El bebe voltea la cabeza y mira a su mamá quien rápidamente se baja la mascarilla y le dice “*soy yo hijo, mira, estoy con mascarilla, pero soy yo!!*”.

Observando esta escena general tengo la impresión de estar en un templo, donde se baten la vida y la muerte en todo momento. Pienso que trabajamos en un lugar sagrado, donde estas vivencias se repiten constantemente, sin contar con un tiempo y un espacio para subjetivarlo por la palabra.

### Resultados del proceso

Antes de la experiencia de observación con el método Bick, estar en UCI ante un recién nacido en incubadora me hacía sentir confundida, desamparada, ignorante, inútil y desconcertada. Hablar a un bebé tratando de reconfortarlo, me hacía pensar que podría interferir algún proceso y afectarlo de alguna forma, así es que me alejaba sintiendo temor. La observación de L, me habilitó para permanecer junto a bebés en estado crítico, acompañarlos receptivamente, hablarles, pensando que puedo ayudarles a proto mentalizar. Puedo acompañar al bebé en alguna situación o procedimiento junto a otro profesional y estoy encontrando palabras para dar sentido a la experiencia del diminuto padeciente.

La dinámica grupal dio lugar a la expresión de fuertes emociones generadas por los relatos de la observación del bebé, y a la producción de variadas significaciones para estas. Permitted el poder resonar con la experiencia del bebé, la familia y el personal, explorando los posibles orígenes de sentimientos y acciones de ellos, como propias. El grupo facilitó procesos de metabolización e internalización de experiencias habituales, reconociendo sensibles aspectos vinculados al trabajo en condiciones vitales críticas.

Desde el punto de vista teórico, se pudo acercar desde la práctica a conceptos tales como *rêverie*, mente no integrada, defensas

primitivas, contención, introyección, identificación proyectiva, primera y segunda piel.

### Discusión

Pensar que un bebé que inicia su vida en estas circunstancias, pueda tener disponibilidad y habilidad relacional para un vínculo seguro, a pesar de las profundas y continuas ansiedades de muerte, pérdida, dolor, etc., implicaría tener disponible más que nunca a una madre con capacidad de *rêverie*, conteniendo las necesidades tanto físicas como psicológicas de su bebé, centrándose e identificándose con él. Es el caso de la madre de L.

De acuerdo a la mirada psicoanalítica, si ella no está, estas funciones quedan depositadas parcialmente en el personal, generando fuertes identificaciones proyectivas que circulan en la atmósfera de las relaciones entre bebé-personal, bebé-madre-padre, personal-madre-familia, afectando su actuar. Aspectos regresivos en la identificación materna con el bebé para comprender sus necesidades, y aspectos progresivos, en que ella se desidentifica para poder contenerlo emocionalmente como adulta y asumir el rol materno, estarán en parte desplazadas hacia el personal, que requerirá de espacios continentales y de elaboración de las emociones y dinámicas psíquicas generadas por esta actividad de cuidado profesional. La reflexión grupal, posibilita la integración de aspectos parciales de la psiquis del bebé en la mente de los adultos cuidadores, que permitirá la relación con la totalidad de la persona del bebé y no solo con parcialidades de ellos.

Si bien para realizar la observación se prefiriere no tener una preparación teórica y la experiencia es realizada solo con el conocimiento general del método, lo descrito en los *momentos* de L coinciden con los tipos de receptividad reconocidos en el observador (Houzel, 1989). La receptividad perceptual que permite describir lo visto y escuchado. La receptividad empática

o emocional del terapeuta para sentir y percibir lo que están sintiendo y percibiendo el bebé y su entorno, y la percepción inconsciente reflejada en sentimientos, pensamientos y expresiones físicas propios de la contratransferencia, entendida como el conjunto de reacciones inconscientes del terapeuta.

Negri (1994), en su experiencia en neonatología, identifica cuatro fases por la que atraviesan los profesionales: atmósfera emocional, neutralidad del rol, resonancia especular y pensamientos sobre el trabajo del grupo. La atmósfera emocional es generada por ansiedades primitivas inevitables en contexto donde la presencia de la muerte se siente muy fuertemente. Impacta la sensibilidad del personal y puede alcanzar niveles paranoides, con riesgo de paralizar al equipo. Esta atmósfera emocional/sensorial se caracteriza por provocar “un estado mental vago, con fuertes elementos sensoriales sin forma, desorganizados, indeterminados, que flotan en todas las direcciones posibles”. Ello describe lo experimentado ante una bebé en incubadora, antes de haber realizado la observación. Haber puesto en palabras la experiencia de intensas emociones, pudo entenderse sobre la base de profundas ansiedades de muerte, emergiendo del observar al bebé.

Sobre el rol de los profesionales que observan, la primera fase consiste en duelo y representación de la ansiedad, observable en la percepción del  *cuerpo desparramado y no poder abandonar la escena*. Los procesos de pensamiento pueden ser deformados y oscilantes, y luego al observar las expresiones más vitales del bebé, se amplía el espacio para la esperanza y reflexiones de su cuidado. Sería un segundo componente del rol de los profesionales. Se puede experimentar una resonancia de las emociones sentidas por las madres, representando la ansiedad frente al dolor de la muerte, del inicio del proceso de duelo. En nuestro caso, ante la gravedad de L, la presencia y sintonía de la madre y el padre sosteniéndolo, parecieran modelar la actitud

de cuidado del bebé por parte del equipo, buscando *reconfortarlo* y al punto de percibir la existencia de una *sintonía de mentes, en una atmósfera de calma alerta*. La plena esperanza en este caso, surge al observar el sueño del bebé y su expresión de placidez, que anuncia el devenir de una mente resiliente, a pesar del continuo sufrimiento.

El otro fenómeno descrito por Negri, llamado resonancia especular, ocurre habitualmente en reuniones grupales determinado por las intensas tensiones causadas por eventos críticos. Es un proceso mental de identificación proyectiva necesario e inevitable en la dinámica del pensamiento del grupo, quienes logran alcanzar una plena comprensión de las emociones involucradas solo cuando las experimenta, viviéndolas a través del sufrimiento de la madre y el niño. *Eso es lo que las mamás sienten todo el tiempo*, fue una expresión recurrente en el grupo, ante ciertas descripciones de lo sentido por la observadora. Particularidades de situaciones personales, se expresarán en diferencias en los modos de percibir las situaciones analizadas. Las emociones y sentimientos al ser identificados y analizados dentro del grupo, reflejan aquello que vivencia no solo el bebé, sino el personal, las madres y padres, en diversas situaciones y contingencias. Son experiencias altamente perturbadoras, que requieren ser mentalizadas, verbalizadas y contenidas en espacios destinados a ello. Este es el fundamento para el trabajo formador a través de la observación de bebés, que nos permite realizar una función de acompañamiento terapéutico a la diada madre-bebé, o triada madre-padre-bebé, cuando el proceso de acoplamiento y vinculación de la función materna se encuentra interferido.

## Conclusiones

El desafío del trabajo implicó entrar en una *producción* vincular, saliendo de identidades fijas (psiquiatra), para formular, describir, lo que

se registra desde el entre, el clima que se produce, la forma que toma la vida y los cuerpos.

La observación de L permitió al equipo clínico acceder a significativas revelaciones sobre las experiencias que cotidianamente viven los bebés, sus familias y el personal, quienes se relacionan permanentemente en un escenario de constante riesgo vital.

La aplicación adaptada del método Bick en neonatología habilitó el acceso a una intervención de acompañamiento terapéutico, como un proceso vincular subjetivante para el bebé, altamente sensible. Siguió a esta, otras observaciones más breves y la incorporación de psicólogas formadas en observación de bebés, para realizar acompañamiento terapéutico junto a la cuna-incubadora, con madres y padres. En 2018 se realizaron 28 acompañamientos.

Agradecemos a la Dra. Elena Castro quien hace posible contar con una instancia docente asistencial para avanzar en los objetivos de comprensión y atención del bebé prematuro como persona que tiene sentimientos y mente, a la vez de cuidar al cuidador como persona profesional de excelencia. ■

## Referencias

- Altmann, M. (2005) "La observación de bebés: un campo de preguntas y desafíos para el psicoanálisis contemporáneo". *Rev. Uruguaya de Psicoanálisis*, Edición especial N° 100 (2005): 412-443.
- Barclay, L. MD (2009). Preterm Birth Linked to Later Risk for Psychiatric Disorders. *Pediatrics*; 123:e47-e53.
- Bick, E. (1964) Notas sobre la observación de lactantes en psicoanálisis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, XLV, 4, 1964. Londres, Inglaterra.
- Bick, E. (1968). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, XLIX, 2-3. Londres, Inglaterra.
- Botero, H. (2010). El lenguaje del bebé: experiencias tempranas. *Observaciones Psicoanalíticas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Psicoanálisis XXII (2);25-35.*
- Castel, S.; Creveuil, C.; Beunard, A.; Blaizot, X.; Proia, N.; Guillois, B. (2016). Effects of an intervention program on maternal and paternal parenting stress after preterm birth: A randomized trial. *Early Human Development*. Vol. 103 Nr. Página: 17 – 25. Francia.
- Castro, E. (2011) "Observing a premature baby. Eliecer' case". *Infant Observation. International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 14(3):257-271.
- Cohen, M. (2003). Sent me before Time. A child psychotherapist's view of life on a neonatal intensive care unit. *The Tavistock Clinic series*. Ed. Karnac, 2003. Londres.
- Cubillos S, Gutiérrez A & cols. (2009). Salud Mental Familiar de Recién Nacidos Hospitalizados. *Rev. Chilena de Salud Mental.*, XXVI, N°1-2, 30-38.
- Cubillos S, Loguercio G. (2014). "Rosadas, celestes, arcoíris: enfoque de género como política pública aplicada a un programa de salud". (*Rev. GPU* 2012; 8;2:202-214).
- Doyle M, C & Elison T, J. (2021). Evidencia emergente de redes neuronales putativas contiguas y antecedentes de ansiedad pediátrica en los periodos fetal, neonatal e infantil. *Psiquiatría biológica; Vol 89(7): 672-680.*
- Fonagy, P, Campbell P. (2015) Bad blood revisited: attachment and psychoanalysis. *British Journal of Psychotherapy* 31, 2 (2015) 229–250.

- Guedeney, A; Foucault, C; Bougen, E; Larroque, B; Mentre, F. (2008) Screening for risk factors of relational withdrawal behaviour in infants aged 14 e18 months. *European Psychiatry* 23 (2008) 150-155.
- Huhtala, M. y cols. (2012). PIP ARI Study Group Parental Psychological Well-Being and Behavioral. Outcome of Very Low Birth Weight Infants at 3 Years. *Pediatrics*; 129:e937.
- Houzel, D. (1989) Penser les bébes: réflexions sur l'observation des nourrissons. *Revue de Médecine Psychosomatique, (1989)*; 19:27-38.
- Izzedin-Bouquet, R. (2009). El método de observación de bebés de Esther Bick. *Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 23, Número 4 pp 219-222.*
- Jackson, D.B.; Newsome, J.; Beaver, K.M. (2016). Does early paternal involvement predict offspring developmental diagnoses? *Early Human Development. Vol. 103: 9 - 16.*
- Johnson, S.; Strauss, V.; Gilmore, C.; Jaekel, J.; Marlow, N.; Wolke, (2016). Learning disabilities among extremely preterm children without neurosensory impairment: Comorbidity, neuropsychological profiles and scholastic outcomes. *Early Human Development. Vol. 103: 69 - 75.*
- Joseph, R. (1999) Influencias ambientales en la plasticidad neuronal, el sistema límbico, el desarrollo emocional y el apego: Una revisión. *Psiquiatría Infantil y Desarrollo Humano. Vol. 29 Nr. 3 Página: 189 - 208*
- Lejeune, F.; Réveillon, M.; Monnier, M.; Hüppi, P.S.; Borradori Tolsa, C.; Barisnikov, K. (2016). Social reasoning abilities in preterm and full-term children aged 5-7years. *Early Human Development. Vol. 103: 49 - 54*
- Limperopoulos, C. (2008) Positive Screening for Autism in Ex-preterm Infants: Prevalence and Risk Factors. *Pediatrics*. 2008 April; 121(4): 758-765. Canada.
- López Maestro, M; Perapoch J. y cols. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 81(4):232-240
- Magagna, J y Juárez C. (2013). *Observación de bebés. El método Esther Bick de Clínica Tavistock*. Compiladoras Editorial Paidós, 2013
- Melo SR, David Antoniazzi CT, Hossain S, Kolb B. (2018) Neonatal Stress Has a Long-Lasting Sex-Dependent Effect on Anxiety-Like Behavior and Neuronal Morphology in the Prefrontal Cortex and Hippocampus. *Dev Neurosci*. 40(2):93-103. Brasil.
- Monte Cassiano, R G; Gaspardo, C.M.; Cordaro Bucker Furini, G.; Martinez, F.E.; Martins Linhares, M.B. Impact of neonatal risk and temperament on behavioral problems in toddlers born preterm. *Early Human Development. Vol. 103: 175 - 181. Brazil.*
- Nozari, M.; Suzuki, T.; Rosa, M.G.; Yamakawa, K.; Atapour, N. (2017). The impact of early environmental interventions on structural plasticity of the axon initial segment in neocortex. *Developmental Psychobiology*. Australia.
- Olza, I. (2017) *Parir. El poder del parto*. Ed. Sipan, Barcelona.
- Rogers CE, Sylvester CM, Mintz C, Kenley JK, Shimony J Set als. *Rev. DM (2017):* Conectividad funcional de la amígdala neonatal en reposo en lactantes sanos y prematuros y síntomas de internalización temprana. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 56: 157-166.

- Singletary, W. (2015) An integrative model of autism spectrum disorder: ASD as a neurobiological disorder of experienced environmental deprivation, early life stress and allostatic overload, *Neuropsychanalysis*, 17:2, 81-119.
- Staforelli, A. (2006). Acerca del vínculo y la teoría vincular: Una posibilidad de expansión del saber y la praxis psicoanalítica. *Revista Chilena de Psicoanálisis, Volumen 23 (2)*, 157- 167
- Sullivan RM, Opendak M (2021) Neurobiología del miedo y ansiedad infantil: impactos de la amígdala en el retraso en el desarrollo y la calidad del apego con la figura de cuidado.
- Tavares L A. Jaqueline & cols. (2012) Por que prestar assistência ao prematuro? *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22 (Supl 7): S57-S62
- Vanier, C. (2015). *Premature Birth: The Baby, the Doctor and the Psychoanalyst*. London: Routledge.
- Wang et al. (2020) *Systematic review and meta-analysis: effects of maternal separation on anxiety-like behavior in rodents*. *Translational Psychiatry* .10:174.
- Winnicott, D. (1990) *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*. (R. Rodman, compilador) Ed. Paidós.