

Andamios Humanos

Oswaldo Angel Menéndez

*Al Dr. David Liberman,
¡Flor de andamio!*

INTRODUCCION

¿Qué es un andamio?

El diccionario nos dice que un andamio es una estructura auxiliar, provisoria, que permite *sostener* y transportar personas y sus útiles a diferentes niveles, según las necesidades de la obra o de la demolición.

En este trabajo me voy a ocupar de “andamios humanos”. Cabe agregar que me refiero a aquellos seres que nos ayudan en nuestro desarrollo como personas. Imagino estos andamios como pisos artificiales que alguien nos construye y sostiene a lo largo de la vida, para poder “ir haciendo obra”.

Este trabajo es también una pequeña obra y voy a utilizar “andamios intelectuales”, en los cuales nos iremos sosteniendo, para poder construirlo.

El concepto de “holding” de D. Winnicott me resulta particularmente valioso porque en él se condensa la idea del sostén físico y el emocional. Dice el autor: “...El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de *sostener a la criatura* en brazos y constituye una forma de *amar*. Hay madres que saben sostener a la criatura y otras que no; estas últimas no tardan en producir una sensación de inseguridad acompañada de los consiguientes llantos del bebé. Las madres que no reúnen tal condición *natural* no mejoran a base simplemente de *instrucción*...”

Me parece relevante cómo Winnicott integra *lo físico*: poner el cuerpo, aceptar la carga, amoldarse, con *el amor*: la contención emocional, la fusión con la figura protectora que calma.

El modelo mental de los tres bebés del Dr. S. Lebovici, me resulta útil como una base para entender la interacción mamá-bebé. “Sostiene” Lebovici que:

- “*El bebé fantasmático* estaría generado por el ansia de maternidad. Refleja fantasías inconscientes que estarían presentes en la madre desde la infancia. Daría testimonio de la supervivencia psíquica de los abuelos.”
- “*El bebé imaginario* sería producto de las fantasías diurnas que ambos padres van teniendo a lo largo del embarazo. Reflejaría fantasías conscientes y preconscientes.”
- “*El bebé de la realidad* sería el que la madre tiene en los brazos.”

De este modelo me interesa el *interjuego*, entre las ideas del bebé como un *objeto subjetivo* y del bebé como una *presencia real*.

Esta “lucha entre bebés” representaría, a mi entender, el duelo por esos “bebés fantasmáticos-imaginarios” que al “no aparecer”, permiten *invertir* con deseos, esperanzas y sentimientos, a ese bebé real que con su presencia, pone en tela de juicio la existencia del fantasmático y del imaginario.

Se ha observado que, para que la madre invista al bebé, éste debe invertirla con sus *gritos*, con su *mirada*, con sus *pedidos*, con su *presencia*. Esta es la manera que tienen los bebés de “hacerse lugar” en la mente de sus mamás. La mamá necesita *el estímulo del bebé que la requiere*, para poner en marcha su interés.

Finalmente, la *teoría vincular* va a ser el tercer andamio sobre el que vamos a trabajar. La noción de *vínculo* presupone que no sólo significamos nuestras relaciones, sino que somos significados por ellas. Participar en un vínculo genera siempre un conflicto entre el *lugar* que es adjudicado, los *sentidos* que son atribuidos y las *interpretaciones* que el sujeto hace de esas atribuciones. Este conflicto tiende a ser apaciguado a través del sobreentendido, que encubre los malos entendidos entre diferentes fuentes de sentidos. En tanto participo en un vínculo, me encuentro en un conflicto entre el personaje que creo encarnar, que imagino me atribuyen y aquél que me propongo ser.

Winnicott dice que no existe bebé sin mamá. Yo agregaría que así como el bebé está sujeto al “bebé que sus padres soñaron”, todos estamos sujetos a los diferentes grupos humanos con los que convivimos, como son la familia y las instituciones sociales.

La base empírica de este trabajo fue realizada en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad de Buenos Aires¹.

LA HISTORIA

En la década de los '60 comenzaron los estudios sobre el vínculo mamá-bebé en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. El disparador fue percibir desinterés en los padres y hasta muestras de desgano, en el momento de tener que hacerse cargo de sus hijos. En esa época los bebés eran separados de sus padres, apenas nacidos, por temor a la fragilidad de su sistema inmunológico. Se consideraba a los padres y demás miembros de la familia como fuentes potenciales de infección. Posteriormente se comprobó que la mayoría de las infecciones provenían del hospital, no de los padres ni de los familiares. Este enfoque llevaba a que las madres fueran excluidas del cuidado de sus hijos recién nacidos, que permanecían separados de ellas por largos períodos de tiempo.

Simultáneamente los pediatras encargados del seguimiento de prematuros y de bebés internados por enfermedad al nacer, observaron que muchos de estos bebés volvían a la consulta por dificultades en su desarrollo o maltrato infantil.

En 1964 un estudio realizado por Liederman y Klaus, en el Centro de Investigación de Prematuros en Stanford, alivió los temores epidemiológicos asociados con el contacto entre el prematuro y sus padres. A partir de este trabajo se abren las unidades de cuidados intensivos a los padres y éstos empiezan a colaborar en el cuidado de sus hijos.

El psicoanalista Dr. John Bowlby utilizó la investigación etológica con cachorros de animales y bebés humanos para formular su teoría de la primacía del vínculo afectivo. En 1950

¹ Este trabajo continúa el desarrollo teórico clínico iniciado en "Cambiamos al bebé de posición", presentado con el Dr. José Megna en el XVII Simposio de APdeBA (1995), continuado con "Intentando sexualizar verdades", con la Lic. Liliana Tettamanti (1996) XIX Simposio de APdeBA, "La empatía como instrumento de exploración del síntoma" (1997), Jornadas de niños y adolescentes de APdeBA, "La prehistoria del holding" con la Lic. Adela Heath en el XIX Simposio de la APdeBA (1997).

presentó su trabajo “Maternal care and maternal health”, redactado para la O.M.S., donde plantea sus divergencias con la teoría freudiana, que postula el vínculo afectivo como un fenómeno secundario (anaclítico) dependiente de la pulsión oral. Para Bowlby, dicho vínculo puede observarse como una conducta independiente de la necesidad oral. Describe cómo algunos bebés separados de sus padres, pero con un ambiente que les suministró considerable interacción social, pudieron constituir un vínculo afectivo normal con sus padres durante las dos semanas posteriores a su retorno. Los bebés que estuvieron en ambientes hospitalarios sin tal interacción, necesitaron ocho semanas o más para desarrollar el apego con sus padres.

La estimulación social, la calidez, el intercambio afectivo, son a su juicio indispensables para el desarrollo humano desde el principio de la vida.

En 1972 los pediatras Marshal Klaus y John Kennell toman de Bowlby sus ideas sobre el apego y publican: “Apego materno, importancia de los primeros días después del parto”. El trabajo plantea la experiencia de madres que pasaron las dieciséis horas posteriores al parto en contacto con su bebé, que parecen tener mejores aptitudes de maternalización que las que no pasaron por dicho contacto.

En 1976 publican “Vinculación materno infantil” donde plantean la idea de un período sensible o crítico en la relación, los días posteriores al parto. También postulan que los altos índices de maltrato infantil en los bebés internados podrían estar relacionados con la separación de sus madres en el período post-parto.

T. Berry Brazelton, profesor de pediatría en la universidad de Harvard, toma las ideas del psicoanalista René Spitz (“El primer año de vida en el niño”) y extiende el período crítico en la relación mamá-bebé, a todo el primer año de vida. También tomó de la Teoría de la Comunicación, el concepto de *reciprocidad*. El lo aplicó a la poderosa interacción que observó entre los sistemas motor, afectivo, reflejo y cognitivo.

Remarcó también la importancia del potencial de crecimiento y curación del bebé, su plasticidad incluso luego de haber sufrido graves lesiones físicas o psicológicas.

Se comienza a pensar al bebé como miembro participante de la interacción. Bowlby habla de la “competencia” del bebé (diferencias individuales) y su influencia sobre la persona que lo

cuida. Hasta ese momento, se había hecho hincapié en la dependencia del bebé con respecto a la madre. Al ser considerada ésta, la principal fuente de gratificación, todo fallo en la interacción era considerado falta de la madre. La observación mostró que el bebé podía suscitar respuestas en el cuidador, transmitir mensajes y manifestar sus necesidades. Es decir, el bebé también puede ser fuente de estímulos y por consiguiente emisor. Se postula la existencia de una *bidireccionalidad* en las interacciones mamá-bebé, desde el comienzo de la vida. Se considera al bebé capaz de aportar importantes contribuciones que influyen sobre el comportamiento materno. En psicopatología, este mismo concepto, lleva a pensar que así como podríamos hablar de madres esquizofrenizantes, podríamos también referirnos a bebés altamente perturbadores del psiquismo materno.

Otro modelo que nos permite entender el concepto de *reciprocidad* es recordar que el recién nacido, a comienzos de este siglo no “podía ver”. Empezó a “ver” en blanco y negro, en la década de los ’50 y hoy ya registra el estímulo visual, en colores, durante el embarazo. Esto nos permite inferir que “la ciega”, a comienzos del siglo era la teoría, no el bebé. En los hechos, quizás la postulación de que el bebé podía ver a sus padres, llevó a los pediatras a abrirles las puertas de la terapia intensiva, facilitando la interacción.

Este tipo de información, transmitida a los padres, determina diferentes *interacciones*. Se actúa de manera diferente ante un bebé que se cree “ciego” que frente a uno que ve, escucha y siente y que por lo tanto permite el *reconocimiento mutuo*.

Hoy vemos a diario que a los padres les gusta ver a sus bebés, pero también disfrutan ser *vistos por ellos*. Esta interacción recíproca fortifica el desarrollo del vínculo.

En la década del ’60 Margaret Mahler describe la separación e individuación gradual del bebé respecto de una unidad simbiótica inicial. La crítica que recibió esta teoría fue que da por implícito que nos *desprendemos* de relaciones en lugar de volvernos más activos y autónomos *dentro de ellas*. Se supone que partimos de un estado de unidad dual y terminamos en un estado de unidad singular. Más allá de la crítica, la teoría de la separación-individuación impulsó el pensamiento psicoanalítico hacia el enfoque de las relaciones objetales, que fuera iniciado por Melanie Klein.

El pensar que no todo dependía de la madre ni del bebé lleva al surgimiento de la perinatología como un intento interdisciplinario de acompañar a la díada mamá-bebé desde el comienzo del embarazo hasta el final del primer año de vida. Se trata de intercambiar miradas *recíprocas* desde cada disciplina, tratando de evitar considerar *central*, la que uno practica.

S. Lebovici aportó la idea de considerar las interacciones, no sólo en el plano del comportamiento sino también de la vida imaginaria y fantasmática de ambos participantes de la interacción. Nos habla de la “armonía interactiva” refiriéndose a la armonía de la inmersión afectiva y de sus intercambios.

D. Stern sostuvo que las estructuras o capacidades emergentes son innatas en el infante. Para que se desplieguen, bastaría que entren en interacción con otras personas. Por ejemplo, el infante podría discriminar entre el estímulo constante y el estímulo intermitente de la conducta. Esto lo llevaría a aprender rápidamente a discriminar entre lo que hace él (la voz que resuena en el pecho) y lo que hace el otro (la respuesta).

D. Stern también desarrolló el concepto de entonamiento emocional, como una capacidad de los seres humanos para “estar con otro”, en el sentido de compartir sus experiencias interiores (estados afectivos). Según su teoría, la mamá va descubriendo los ritmos de su bebé y se va acoplando emocionalmente, haciendo aparecer “acordes” que Stern equipara con el surgimiento de una melodía. Señala como básico que la mamá se deje llevar por el ritmo del bebé.

COMO SE COMUNICAN EL BEBE Y LA MAMA

“...las gansas se ocupan de sus gansitos cuando son estimuladas por los gritos de éstos. Sean estos mismos hijos, pero con las cuerdas vocales cortadas y se lanzarán a atacarlos”

K. Lorenz

Los bebés nacidos a término, utilizan el llanto desde el nacimiento para expresar malestar. Su madre puede confiar en que a través del llanto, con sus diferentes variaciones, podrá llegar a

entender qué necesita su bebé y hacer lo necesario para calmarlo. Puede expresar su bienestar mediante un cese del llanto, una relajación postural, un amoldamiento al cuerpo materno o a la cuna, una expresión relajada de su carita, un dormir profundo o una mirada “ojo a ojo”, atenta, sostenida, movimientos armoniosos.

En los bebés prematuros este código todavía no se encuentra maduro. El bebé presenta gran inestabilidad fisiológica e hipersensibilidad a los estímulos del medio ambiente; éstos lo agotan y sobrepasan su umbral de tolerancia muy rápidamente. Además, el llanto del bebé prematuro, es diferente al del bebé a término. Es muy débil y poco audible, de modo que los padres (y los adultos cuidadores) deben encontrar otras formas de comprender tanto el malestar del bebé, como los signos de su bienestar. No es fácil distinguir si está despierto o dormido. Su mirada es vidriosa y tiene movimientos erráticos. Sus gestos faciales muchas veces impresionan como de sufrimiento. Todos estos datos apuntan a describir cuán particular puede llegar a ser para los padres desplegar el vínculo de cuidados y una relación recíproca con su bebé prematuro.

La situación de dependencia existe desde el comienzo mismo de la vida. Pero el bebé al nacer, tremendamente dependiente de los cuidados maternos, *todavía* no está apegado a su madre. La condición de prematuro, con la consecuente separación bebé-mamá suele provocar dificultades en el establecimiento del apego.

Para el bebé la situación se complica porque se lo coloca en un medio con muchas personas a su alrededor, que le prodigan cuidados (enfermeras, médicos), que le dificulta la detección de la figura materna para establecer el apego. Corre el riesgo de establecerlo con la persona equivocada. A su vez se trata de un bebé muy frágil, con expresión de intenso sufrimiento pero como no “grita”, sólo podemos inferir su sufrimiento en la expresión de su carita o la extrema tensión de su cuerpecito. Esta relativa ausencia de gritos puede constituir un elemento desfavorable en la medida en que el bebé no expresa suficientemente a su madre las necesidades que experimenta.

Quizás las gansas atacan a los gansitos sin cuerdas vocales, no sólo porque no los reconocen como sus hijos sino que quizás los dan por “muertos”. Bowlby señaló la importancia de los gritos en

el apego precoz. Para él se trata de un comportamiento que facilita la *reaproximación* espacial entre la madre y el bebé.

D. Meltzer denomina “conflicto estético” al impacto estético que provoca el bebé en su mamá y la mamá en su bebé y la necesidad de que *ambos* caigan en un estado de fascinación estética *recíproca*. Pareciera que ésta es una de las llaves que ponen en marcha la “tendencia natural al desarrollo”. Se estaría equiparando belleza con vitalidad (posibilidad de vida) y fealdad con muerte (escasa posibilidad de vida). La fascinación de la mamá hacia su bebé, como expresión de identificación con su hijo, estaría en parte condicionada por la actitud de la madre, pero también *por la forma en que actúa o no actúa el bebé*. Para D. Meltzer, a partir de una base animal e instintiva surgiría, como producto del pensamiento imaginativo, un vínculo a nivel simbólico, que tendría su manifestación más rica en el impacto estético. En la madre, el conflicto estaría centrado en la posibilidad imaginativa de verse convertida en un ser humano más evolucionado por su bebé. Esto la llevaría a poder vivir una pasión con su bebé y sentirlo propio. Esto mismo, en el plano imaginativo, es válido para el padre.

Como vemos, D. Meltzer también incluye en su teoría el concepto de *reciprocidad*.

Los bebés prematuros no son atractivos y, para incrementar más el problema, suelen pasar los primeros días de su vida con un antifaz que les impide mirar y ser vistos “ojo a ojo”, disminuyendo aun más sus posibilidades de ser catectizados por el adulto.

Cuanto mejor exprese el bebé sus afectos, mayor *chance* tendrá que el medio le provea de los cuidados que necesite. En el infante prematuro, al estar disminuida su capacidad de expresión, se dificulta el establecimiento del vínculo bebé-cuidador.

Klaus y Kennell llaman *estimulación contingente* a la que surge de señales originadas en el bebé.

En el caso de los prematuros se suma a la dificultad del bebé para emitir señales, la ausencia de un cuidador que se deje llevar por ellas. *El bebé prematuro debe adaptarse al ritmo del Hospital*.

En el caso de la Terapia Intensiva, el medio es hiperestimulante: luz excesivamente fuerte, altoparlantes, ruidos monótonos, cuidados intensivos que desorganizan el ritmo del sueño.

En la medida en que el bebé evoluciona, hay desplazamientos

físicos (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos, Canales), con los consiguientes cambios de lugares y de personas (médicos y enfermeras), cada uno con sus respectivos “ritmos”.

Al alterarse el medio, se altera el proceso de maduración y el bebé aparece demorado. Esta falla se expresa dramáticamente en los “prematuros hiperreactivos” (Als) que están continuamente a merced de los estímulos provenientes del medio y de su interior. Sin embargo, en ellos, la posibilidad de expresión facilita, al cuidador, la detección del estímulo y poder operar sobre él.

Mucho más difícil es la situación de los “prematuros letárgicos” (Als) que no reaccionan a las estimulaciones y por lo tanto es muy difícil *entenderlos* e *interactuar* con ellos ya que no expresan las necesidades que experimentan.

LA MAMA “PREMATURA”

La madre del bebé prematuro deja el hospital *sin* su bebé, o se queda viviendo en el hospital, dejando su casa y su familia. Cualquiera de las posibles decisiones genera una alteración muy grande del ambiente familiar.

Se posterga la fiesta por el nacimiento. También las visitas de felicitación de los familiares y amigos. Es decir, se pospone el *reconocimiento social*.

La mamá suele sentirse herida en su narcisismo por no haber podido llevar a normal término su embarazo. Puede sentir que parió un “bebé sin terminar”, incompleto, como expresión de fantasías de castración.

Si se siente responsable de la prematurez, suele aparecer un sentimiento de culpabilidad que se incrementa al tener que quedar el bebé internado. Siente que “nuevamente lo abandona”.

Si tiene un estilo de funcionamiento mental proyectivo puede sentir que el bebé es el responsable del “mal”, lo que genera una conducta evitativa o de franco rechazo hacia el bebé.

La angustia, el temor o el rechazo suelen llevar a una delegación masiva del rol materno en médicos y enfermeras. Los neonatólogos suelen comentar su asombro ante la “naturalidad” con que la madre del prematuro acepta la internación de su hijo, en contraste con la angustia que manifiesta la mamá de un recién

nacido a término, al comunicársele que su hijo va a quedar internado por dos o tres días, por ejemplo porque necesita luminoterapia.

A mi entender, esta conducta de la madre obedece a que el dolor y la angustia son emociones que se potencian mutuamente. El dolor que expresa su bebé es angustiante porque despierta fantasmas referidos al cuerpo, a su integridad, a su lesión. Reactiva vivencias de castigo y de persecución e induce una regresión psico-afectiva tanto de la libido objetal como narcisista. Las relaciones de objeto vuelven a modalidades infantiles y se intensifica la investidura narcisista del propio cuerpo.

En el parto prematuro, al dolor y la angustia del parto normal se suma el sentimiento de abandono precoz. Pensamos que la madre “prematura” entrega su bebé con “naturalidad” porque se siente desesperanzada y confundida como madre de “ese bebé”.

M. Mahler utiliza el concepto de omnipotencia para caracterizar los sentimientos del bebé en la unión simbiótica con su madre. El bebé experimentaría el apoyo del otro como una extensión del sí mismo. Esta idea ha sido criticada (Peterfreund, Stern) por proyectar en la infancia un estado adulto.

Fred Pine, colega de Mahler, replicó que la omnipotencia no consistiría en exigencias imposibles, sino que describiría lo que el bebé siente cuando cree que su llanto ha conseguido mágicamente que su madre le dé el pecho. Considera que el sentimiento subjetivo del bebé podría llamarse *efectividad*, en lugar de omnipotencia. El considera que la omnipotencia sólo puede aparecer en el contexto de la impotencia y el desamparo. No la entiende como un estado original, sino como una reacción defensiva ante la decepción, la pérdida.

Esta idea me resultó muy interesante para pensar la reacción de la madre prematura cuando entrega el bebé a la institución médica. La decepción frente a ese bebé tan distinto al que ella soñó, la podría llevar, defensivamente a vivenciar a médicos y enfermeras como figuras omnipotentes que pueden hacer “todo” por su bebé, dejando de lado la posibilidad imaginativa de sentirse única, la mejor, la irremplazable, en el cuidado de su bebé.

El problema se acentúa si médicos y enfermeras “actúan” el rol de figuras omnipotentes.

El colocar el rol de “verdaderos padres” en médicos y enfer-

meras puede llevar a reactivar la situación infantil en que sólo los “propios padres” son capaces de dar vida y criar. Esto genera sentimientos de profunda desvalorización e incrementa la tendencia a la delegación. La madre puede sentirse “peligrosa” para sostener, alimentar, incluso tocar a su hijo. Puede entender la separación de su bebé como un “castigo merecido”. Estos problemas se incrementan cuando el infante, además de ser prematuro se enferma. Se incrementa la ansiedad de muerte y concomitantemente la tendencia a poner distancia y delegar en la Institución.

Recientes estudios en madres embarazadas refieren que el sistema de fantasías y representaciones referidas al futuro hijo, se desarrollan velozmente entre el cuarto y el séptimo mes del embarazo. En los dos últimos meses el ritmo se enlentece y las representaciones se hacen progresivamente más difusas (Ammanniti, 1989)². Si esta hipótesis es válida podríamos pensar que en los dos últimos meses la madre se va “flexibilizando y abriendo” al *bebé de la realidad*, facilitando su aceptación. Los bebés prematuros se encontrarían con mamás más “fijadas” a *sus bebés imaginarios*, lo que haría más difícil la interacción y podría llevar, en el bebé, al llamado por Kohut “trauma de la emotividad no compartida”, que consiste en la falta de un objeto del self omnipotente, capaz de aportar la serenidad a la que el bebé necesita fusionarse, para posteriormente desarrollar capacidades autotranquilizadoras. Bion lo conceptualiza como función reverie.²

Todo este mundo *fantasmático*, que está en la mente de la mamá, condiciona la organización y el desarrollo de sus interacciones. Poder explicitar y elaborar estas fantasías puede ayudarla mucho a descargar el peso de la culpa que experimenta frente a ese bebé que la lleva a sentirse “una incapaz”.

Sostener una situación de este tipo, pone a prueba a la madre y la familia entera.

² En “La restauración del sí mismo” H. Kohut agrega que necesitamos usar a otras personas como “objetos del self” al servicio de la autoestima y la cohesión del self a lo largo de toda la vida. Cuestiona lo que considera una exageración psicoanalítica del concepto de independencia, como meta de la madurez.

EL METODO

Claude Bernard pensaba que la *observación* era la investigación de un fenómeno natural y la *experimentación*, la investigación de un fenómeno modificado por el investigador.

Posteriormente se comprobó que lo observado no es insensible al hecho de que se lo observe y que el observador siempre dispone de un esquema referencial que determina la manera en que decodifica lo observado.

Esto llevó a pensar que toda observación se moldea en relación a un proyecto y por ende implica una participación del observador y una intención que puede explicitarse o no.

En etología humana es muy frecuente que los observadores “escondan” la dirección de la observación; por ejemplo usan cámaras con objetivos en espejo que hacen que el lugar hacia donde aparentemente enfoca la cámara, no es el lugar que está siendo filmado.

El intento por la neutralidad (no ser advertido, simplemente observar, no implicarse) apunta a suprimir las variables que surgen de la intervención del observador. En el caso de la observación de bebés supone el riesgo de que los niños sean considerados objetos en lugar de seres en desarrollo.

Si aceptamos la hipótesis de que el eje de la relación observador-observado es el *plano emocional* (Lebovici, 1958), la capacidad para la vinculación emocional, que llamaremos *empatía*, aparece como un requisito fundamental.

En nuestro trabajo denominamos “paciente” a la díada mamá-bebé prematuro e intentamos entender su interacción a lo largo de los aproximadamente tres meses que lleva la internación. Tratamos de ir más allá de los datos clínicos buscando sentidos más amplios.

Intentamos descubrir la evolución de un vínculo, pero debemos cortarla, temporalmente, cada vez que nos ponemos a escribir y hacemos propio lo observado.

Trabajamos en pareja, en parte por sugerencia de los pediatras, que pensaron que sería una manera de aportar dos perspectivas y también debido al alto nivel emocional que se desarrolla en una terapia intensiva neonatal, que hacía muy difícil tolerar en soledad, estados emocionales muy intensos. Comprobamos que poder compartir con un par y poder hablar sobre lo experimenta-

do hace mucho más llevadera la tarea.

Usamos teorías y modelos psicoanalíticos para buscar datos e interpretarlos, pero fundamentalmente asumimos la postura psicoanalítica de estar abiertos a lo particular, lo inesperado, lo móvil, lo informe.

Muchas veces nos cuestionamos hasta dónde llega la observación propiamente dicha. ¿Es un paso únicamente descriptivo o incluye lo interpretativo?

Pensamos que nuestro trabajo tiene una intención clínica explícita de facilitar el vínculo entre el bebé y sus cuidadores, partiendo de la hipótesis de que éste tiene un valor fundante para el futuro desarrollo psíquico del niño. Debido a esto denominamos a nuestra tarea “*observación clínica*” y nos ubicamos dentro de los observadores que se implican emocionalmente, empatizan y son activos en cuanto a facilitar el desarrollo del vínculo.

Vamos a ilustrar lo dicho con la presentación de dos observaciones. En la segunda, la observadora menciona, en un momento determinado, la interacción de su colega, al que llama Osvaldo. Las observaciones fueron realizadas con la Lic. Adela Heath, a quien agradezco su colaboración, tanto en el proceso de observación, como en su redacción.

EL PRIMER ENCUENTRO

Los hijos son una carga y si traen alegría es porque dos personas han decidido tomar sobre sí esa carga; en realidad, han acordado no llamarlo carga, sino bebé.

D. Winnicott

Llego a la Unidad de Cuidados Intensivos y encuentro a Lorenzo “prendido” al pecho de su mamá. Ella me mira y me dice: “*está reconociendo su teta*”. ¿*Doctor, usted me trae el análisis?*

Me presento, le aclaro que no traigo ningún análisis clínico, pero que no quiero interrumpirla, que mejor hablemos cuando ella termine de amamantarlo.

Lorenzo tiene los ojitos cerrados y se prende al pecho muy concentrado. Es muy pequeñito pero muy armónico, parece un muñequito y me llama la atención cómo apoya su manito en el

pecho (parece que la acariciara). La mamá lo sostiene con su brazo derecho muy cerca de su cuerpo, su cabeza y cuello inclinados hacia él.

Luego de unos minutos de silencio la mamá me aclara que no le está dando de mamar, que lo pone en el pecho por indicación de *su* médico, para que lo reconozca, pero no para que lo succione, porque Lorenzo aún tiene poco peso (1,420 Kg). Lo pone al pecho una vez al día y es el tercer día que lo hace.

Me llama la atención cómo *integra*, al hablar, la figura del médico: *su* médico (ha resuelto el viejo enfrentamiento entre obstetras y pediatras, haciendo suyo al pediatra de su hijo).

Por supuesto también me sorprende que hable de la teta de su bebé, pero empiezo a captar que Victoria es una persona de la cual voy a aprender muchas cosas. Desde ya me he dado cuenta que es un prejuicio mío eso de que hay que hacer una sola cosa por vez. Ella puede darle la teta a su bebé y conversar conmigo y lo hace muy bien.

Continúa: “*Está en plan de engorde: menos leche de madre y más leche para engorde*”. Mientras me dice esto Lorenzo sigue prendido al pecho y ella le acaricia la cabecita. El le apoya la manito sobre el pecho y ella se la acaricia, lo hace con suavidad, le estira con delicadeza los deditos, se los vuelve a curvar, le toma sus deditos en su mano, los vuelve a apoyar sobre el pecho. Son movimientos pausados. Lorenzo, a veces, mueve lentamente los deditos. Transmiten mucha calma y armonía.

Tengo la sensación de que ella puede y quiere hablar, que yo no “interrumpo” sino que más bien me está integrando al “equipo de admiradores de Lorenzo y su mamá”.

Me cuenta que antes de ponerlo al pecho siempre hacía “piel a piel”³ y que justo hoy Lorenzo cumple un mes.

Me “explica” que poniéndolo en la teta, Lorenzo *reconoce* de dónde sale la leche.

Lorenzo sigue prendido al pecho con los ojos cerrados. Parece muy concentrado. Yo me pregunto qué nivel de conciencia tendrá, ¿estará semidormido? Le pregunto a Victoria, me dice que no está dormido. “*¡Está disfrutando!*”. Me *explica* que cuando está dormido no reacciona si ella lo acaricia.

³ Piel a piel: Indicación médica de colocar al bebé, lo más desnudo posible, sobre la piel de su mamá. El bebé queda bajo la ropa de su madre apoyado sobre la piel de ella.

Le pregunto si tiene otros hijos, ya que impresiona como una mamá con mucha experiencia. Me contesta: *“Lorenzo es mi primer hijo, pero tengo hermanitos con los que practiqué y además hace mucho tiempo que deseo a Lorenzo. Antes de tenerlo tenía mucho miedo de no saber cuidarlo, pero es más fácil de lo que yo pensaba”*.

Mientras lo sigue teniendo en el pecho empieza a mecerlo, le pregunto ¿por qué?, me dice que a Lorenzo le da más tranquilidad.

– *“Parece un bebé muy tranquilo.”*

– *“Sí, es muy tranquilo, desde que lo sacaron del respirador, pero tendría que haberlo visto cómo lloraba cuando lo toquetaban demasiado.”*

Entiendo que Lorenzo es una presencia viva dentro de Victoria desde hace mucho tiempo. Hubo muchas representaciones mentales y mucho afecto puesto en él. Hace un mes el sueño se hizo carne. Ahora todo es más fácil para Victoria. Para mí, en cambio, todo es más difícil porque recién me asomo a una relación que tiene mucho más de un mes. Para entenderla será cuestión de seguir escuchando, mirando y empatizando.

Me cuenta sobre el embarazo: *“A los dos meses y medio tuve una fisura en el ‘saco’ y perdí sangre. Me indicaron reposo. A los tres meses me diagnosticaron placenta previa y me recomendaron mucho reposo. A los seis meses rompí bolsa, me internaron y cuatro días después nació. No lo pudimos aguantar.”*

Vuelvo a sorprenderme con el plural, entiendo que Victoria se siente acompañada en su ser por múltiples identificaciones que le aportan fuerza, esperanza y fe, y me parece de muy buen pronóstico. Stern conceptualiza esta capacidad como la posibilidad de construir una buena “matriz de apoyo”, una red protectora que la ayude a mantener al bebé vivo y ayudarlo a crecer.

Victoria: –El primer mes de Lorenzo fue muy duro.

Pasa una enfermera y le dice en voz alta y con una sonrisa:

E: –¿No estarás llorando?

V: –No.

E: –Acordate que cuando llorás nos ponés mal y no queremos que nos tirés mala onda.

Victoria sonríe, yo me sorprendo, tanto del plural que también usa la enfermera, como del comentario de llorona.

V: –Me llaman la llorona porque hubo muchas complicacio-

nes durante el primer mes y cada vez que el médico me llamaba para hablarme, yo me ponía a llorar antes de escucharlo. Pero nunca lloré con Lorenzo. Yo me iba a llorar afuera. Ahora las cosas están mucho mejor...

El ámbito de terapia intensiva neonatal es un lugar donde lo emocional adquiere voltajes muy elevados. Cuando un bebé llora, todos tienden a “contagiarse”. Quizás a los adultos nos pasa lo mismo, pero frenamos el impulso haciendo cosas (ejecutando tareas). Quizás la enfermera exprese en palabras esta preocupación al hablar de la “onda lloradora” que despierta el llanto de Victoria.

El llanto de una madre podría generar el llanto de las madres y quizás la enfermera se siente muy cercana al rol.

También podríamos pensar que el llanto de Victoria es exagerado porque llora por dos (por ella y por Lorenzo), ya que una de las dificultades más serias para comunicarse con un bebé prematuro es su ausencia de gritos, su dificultad de expresión. Pero para Victoria, captar el sentir de Lorenzo e identificarse con él, parece algo inherente a su forma de ser.

Victoria parece ser un ejemplo de madre capaz de dar amparo y proporcionar apoyo yoico, que permite surgir el “gesto espontáneo”. Como observadores no pudimos percibir demandas en Lorenzo, ya que como diría Winnicott “...no hay razones para que el bebé se percate de un ambiente suficientemente bueno...” Nuestra atención estuvo centrada en Victoria y en entender cómo ella armaba este ambiente.

Observamos que:

- Parecía privilegiar el *sostén físico* y el *acariciar*, como vía regia para comunicarse con su hijo. Usaba mucho la modalidad sensorial. Hablaba con su bebé con el cuerpo. Tocaba a su bebé mucho más que otras madres observadas. Ponía mucha proximidad física cuando sostenía a Lorenzo. Amoldaba su cuerpo al de él. Se inclinaba.

El tocar de Victoria estaba en consonancia con el ritmo que proponía Lorenzo. Parecía cumplir dos funciones: mantenerlo despierto y explorar, discriminar el cuerpito de su hijo. Esto lo hacía a través de caricias que, por ejemplo, parecían recorrer los dedos de la mano, falange por falange.

- No hablaba mucho con Lorenzo y cuando lo hacía, era en voz baja, pero con un tono entusiasta. Nunca la escuchamos usar

el “habla-bebé”. Hablaba mucho con nosotros, mientras acariciaba a Lorenzo.

– Al darle el pecho, ella se quedaba en actitud de espera, *dándole tiempo* a Lorenzo. Se la veía muy tranquila, sin ansiedad. Respetaba el ritmo de su bebé, sin exigir ninguna respuesta.

– Pensamos que en su vínculo con nosotros, funcionamos como un “andamio visual”, donde ella pudo percibir la admiración que despertaba el despliegue de su capacidad maternal. La percepción de dicha admiración, quizás sirvió de motor para que siguiera desplegando sus capacidades (función reflejante de Kohut). Las miradas, sonrisas de admiración-reconocimiento, quizás *hicieron que la carga no fuera sentida como carga*.

Suponemos que cuando Lorenzo sea capaz de reconocerla con una sonrisa, quizás ya no sea tan importante que el medio ambiente cumpla esta función.

La observación de la interacción Victoria-Lorenzo nos entusiasmó tanto, que nos llevó a empezar a escribir este trabajo, que en ese momento se llamó “Una mamá re-buena”, pero la siguiente observación (Dolores-Candela) nos llevó a entender que los andamios también son necesarios en las demoliciones....

DOLORES SOSTENIENDO A CANDELA

Vemos por primera vez a Dolores con su hija Candela en brazos, a los 42 días de nacida y pesando solo 1,370 Kg. La sostiene envuelta en una mantilla amarilla.

“Nunca las habíamos visto así”, comentamos. Hace unos días que Candela ha pasado, desde terapia intensiva, a una sala de cuidados intermedios. Candela tiene los ojitos muy abiertos y mira para todos lados, lentamente, sin fijar su mirada en nada. Su mamá la sostiene con el brazo derecho, *lejos de su cuerpo*, en posición transversal a sí misma; *le acomoda la mantilla* con mucho cuidado, envolviéndole el cuerpo y sobre todo las piernitas, una y otra vez durante un largo rato. Dolores *se mece* pausada y rítmicamente, aparentemente sin tomar conciencia de que lo hace. Dolores hoy no parece muy interesada en hablar, mira a su hija más bien en silencio. Cuando habla lo hace con tono de voz adulta.

Luego de un ratito, en que Candela continúa mirando hacia

todos lados, Osvaldo se acerca a Candela (que se encuentra en su misma línea de visión, o sea en posición de cara a cara) y le habla empleando un tono de voz agudo, con pausas largas y como si él fuera ella⁴. No recuerdo el texto, pero sí que eran sólo algunas frases con sentido y mayoría de sonidos reiterativos.

Candela enfoca su mirada hacia él. Osvaldo, ha acercado su rostro al de la beba en un franco dialogo “cara a cara”, pero a cierta distancia de ella. Candela sostiene su mirada sobre Osvaldo. En un momento dado bosteza, estornuda, vuelve a bostezar, sus ojitos vuelven a vagar por el ambiente. La mamá dice que tiene sueño. Yo pienso que son signos de stress. Dolores sigue acomodando la mantilla, que parece nunca quedar como debería.

En un momento dado, otro bebé comienza a llorar fuerte y desconsoladamente. Candela rompe a llorar también. Lloro mucho y su madre la acerca a su cuerpo, la acomoda con su carita más cerca de la propia, la mira y le habla con voz suave. Candela deja de llorar y la mira. Dolores *deja de hablarle*, parece inhibida. Queda en silencio. Le pregunto por su hijo mayor, que tiene 5 años y también fue prematuro. A Dolores se le ilumina la cara y habla con entusiasmo y voz fuerte. Como Candela lloriquea, su mamá le pide a la enfermera que le traiga la leche y procede a alimentarla mediante la sonda orogástrica. Se sienta en la silla y con el brazo derecho sostiene a Candela y con el izquierdo mantiene en alto la jeringa con la leche. Candela *se encuentra lejos del cuerpo materno*. Empieza a llorar y sigue casi toda la toma. Dolores la mira, parece afectada, no habla demasiado. La mantiene en la misma posición. Parece concentrada en la bajada de la leche que se ve por la sonda, no puede tocarla con su mano izquierda pues sostiene la jeringa. Candela tiene su bracito izquierdo suelto en el aire, y lo mueve sin cesar. Osvaldo le coloca su dedo en la palma de la mano, al principio no lo agarra, pero cuando lo hace no lo suelta hasta el final de la alimentación. Deja paulatinamente de llorar y acerca el dedo de Osvaldo hacia su carita. Osvaldo le habla en voz muy baja frases donde alterna

⁴ Stern: las madres hablan a sus bebés de un modo particular (baby talk), diferente al que emplean con un niño mayor o un adulto. Se caracteriza por un tono de voz alto, párrafos largos, en tono de falsete. El ritmo es más lento. La duración de las vocales más prolongada. El vocabulario es restringido y redundante. Abundan los diminutivos, los sonidos onomatopéyicos y los ruidos con la boca. Suelen hablar a sus bebés en forma de pregunta.

el uso de la primera y tercera persona: “*Acá está Candela*”, “*que fuerza tengo*”, “*que linda es Candela...*”

Casi al final de la toma, Dolores la acerca a su cuerpo, Candela gira la cabeza hacia el pecho y hace movimientos de búsqueda, abre la boca y aparecen movimientos de succión.

CANDELA SOSTENIENDO A DOLORES

Candela es la sobreviviente de dos gemelas. Antes del parto ya se sabía que, tal vez, una de ellas no lograra vivir. Siempre pensaron que sería la más pequeña, Candela. Pero Manuela, de 1500 gr., falleció a las veinticuatro horas mientras que Candela, de 980 gr. sobrevivió y ni siquiera precisó asistencia respiratoria. Dolores pudo tener a Manuela en brazos recién después que falleció. Los médicos indicaron la conveniencia de realizarle la autopsia. Cuando tiene lugar la observación descripta, todavía no le han dado el resultado de la autopsia.

Dolores, durante dicha observación parece conectarse con Candela de una forma más bien automática, a distancia, sin entablar el diálogo “cara a cara” que Candela parece proponer con su estado de alerta tranquila. La sostiene lejos de su cuerpo, concentrándose exhaustivamente en arreglar la mantilla, casi no le habla. La mece suavemente y más tarde le dará el alimento que le garantiza la vida física.

Parece tener dificultades para identificarse con las necesidades emocionales de Candela. Sólo el llanto sonoro de su hija logra que Dolores la acerque a su cuerpo, la mire a los ojos y le hable suavemente. Pero parece no poder hacerlo durante mucho tiempo.

Entendemos que el observador ayudó a la madre jugando el rol de un “self object”, que se identifica con las necesidades de Candela: ofrece su rostro, su mirada, su “habla bebé”.

Candela responde fijando su mirada en él. Pero, como es muy pequeña o el observador no conoce los ritmos de Candela, sólo puede sostener la comunicación por unos momentos. Luego, a mi entender, ella muestra los signos de stress por agotamiento, señalados por Als y Martinez: el bostezo, el estornudo, la mirada que se pierde y finalmente el llanto.

Durante la alimentación Dolores puede darle el alimento, lo

biológico. Pero parece no poder sostenerla cerca de su cuerpo. Nuevamente, el observador le ofrece a Candela “algo” de qué agarrarse, junto con una envoltura sonora. La beba deja de llorar. Al finalizar la alimentación, ya con sus manos libres, Dolores la acerca a su cuerpo y *Candela se amolda a él* y hace una búsqueda del pecho.

Dolores, con ayuda parece poder sostener a Candela. Nos da la impresión de que es suficiente “un dedo” en esos momentos en que se frena, para que pueda recuperarse y continuar. ¿Se quedará sin fuerzas? ¿Las guarda para otro, para ella misma?

Candela también, con ayuda parece afirmarse y encontrar fuerzas para gritar y conseguir que su madre la encuentre y poder *amoldarse* y sentirse parte de ella.

Parece que algo interfiriera entre Dolores y Candela, que no permite el despliegue de cuidados e intimidad que hemos descrito entre Victoria y Lorenzo. Pareciera que Dolores tiene más dificultad para asignarle sentido a la conducta de Candela. En general, al hablar con ella, Dolores explicita confianza en el progreso de Candela, dice que con su hijo mayor el proceso fue similar (estuvo internado durante un mes). Durante muchas entrevistas observamos a la madre sentada, pensativa, al lado de la incubadora. Dolores no vive en el hospital, viene por la mañana y se retira al mediodía “*para cuidar a su hijo mayor, Jorgito*”. Este niño durante el mes de internación de su madre previo al parto, “*dejó de tomar leche, no comía*”, bajó de peso y generó mucha angustia y culpa en Dolores. La mamá se siente muy preocupada por tener que volver a dejarlo solo, para ocuparse de Candela.

Suponemos que el duelo por la muerte de Manuela, interfiere con el despliegue del vínculo con Candela. Tal vez se hayan reactivado en Dolores *representaciones de sí misma* dando a luz bebés en riesgo de vida: el hijo mayor, las gemelas. Stern le da un valor particular a la representación de la madre como ser capaz de mantener la vida y el desarrollo del bebé. ¿Por qué murió Manuela? ¿Habría ella hecho algo mal, que generó los partos prematuros? ¿Si fuera así, no sería más prudente no acercarse demasiado a Candela? Temerá volver a “hacer algo mal” y “complicar” nuevamente las cosas. Quizás piense que es mejor que médicos y enfermeras, que “saben”, se ocupen de Candela.

Cuando a las 29 semanas de embarazo, le indicaron la interna-

ción, nos comenta lo que ella entendió: “la más chica no crecía, porque *la más grande se comía todo*, porque estaban en la misma placenta. Me dieron maduración para sus pulmoncitos. Cuando me interné, Candela pesaba 600 gramos y la más grande un kilo. A las 33 semanas decidieron interrumpir el embarazo. Me hicieron una cesárea. Nacieron vivas, pero a Manuela *yo no la escuché llorar*. Yo las vi recién al día siguiente, que me pude levantar. Candela estaba como ahora y Manuela llena de aparatos. Me contaron que Manuela había tenido un paro y estaba muy delicada, y no resistió... Le hicieron la autopsia, y todavía no se sabe por qué falleció. No se sabe cuál fue la causa...”

Cuando Jorgito, su hijo mayor, se enteró de la muerte de Manuela, le preguntó : *¿Dónde está Manuela?*

Dolores: *—En el cielo*

J: *—¿En el cielo de nuestro barrio?*

D: *—Sí, es una estrellita más.*

J: *—Cuando salga la luna, ¿me la mostrás?*

“Esa noche Jorgito señaló una estrella en el cielo y dijo que allí estaba su hermanita. Se tranquilizó mucho y ahora lo único que quiere es alzar a la chiquitita y vive preguntando cuándo la vamos a llevar a casa.”

Pensamos que Jorgito se tranquilizó una vez que pudo ubicar a Manuela en un lugar cercano y definido: la estrellita de su barrio. ¿Podría ella representar la resolución del duelo que le aporta energías para querer *alzar* y ocuparse del futuro de Candela? En Dolores la situación nos parece mucho más complicada, pensamos que se plantea interrogantes del nivel de: *¿Candela corre riesgo de vida? Sí, pero, está internada. ¿Jorgito corre riesgo de vida? Sí, me amenaza con dejar de comer, pero yo voy y vengo y estoy con los dos.*

¿Tener un hijo significará siempre sentir que uno pone en peligro la vida del otro? ¿Si los hijos son capaces de rivalizar brutalmente dentro de una, qué se puede hacer para frenar a esta “Manuela-Caín”, que pretende sacarle todo a esta pobre “Candela-Abel”?

Los médicos con la cesárea fueron justos, salvaron a Candela, pero ¿por qué Manuela tuvo que morir? ¿Yo tendré la culpa? ¿Quizás con la autopsia se sepa “la verdad”?

Pensamos que en la constelación mental de Dolores, Manuela sigue brillando y el espacio mental continente de Candela es

“estrecho”, porque todavía sigue compartido con Manuela. ¿Estará en la mantilla que nunca se termina de acomodar, la representación mental de Manuela, todavía sin enterrar?

Entendemos que Dolores carga con la tarea de emprender la obra de ayudarla a Candela a crecer, pero también y simultáneamente, con la “demolición” de Manuela. Renunciar a un proyecto en el que ella también había puesto muchas expectativas y que no va a ser. Quizás cuando la entierre pueda disponer de un mayor espacio mental y de otro estado emocional.

Pensamos que son muchas las necesidades de un bebé prematuro. Es admirable el aporte que ha hecho la tecnología para *sostener* la vida de estos bebés. Es emocionante presenciar la labor humana que despliegan médicos y enfermeras, operando este complicado “andamiaje tecnológico”. Creemos que nuestro aporte ha consistido en subrayar la condición de *prematura*, que también la mamá padece, e intentar ayudarla conteniéndola emocionalmente: escuchándola, observándola, reconociendo su labor.

La experiencia dio lugar también a que médicos del cuerpo y médicos del alma se unieran y juntaran sus instrumentos, para sostener este “*andamio preservador de la vida*”.

CONCLUSIONES

1. Pensamos que el eje de la relación entre el observador y lo observado es el plano emocional. Lo particular de este modelo es que si bien parte de la observación de la *díada mamá-bebé* tiene muy presente el ambiente en que se desarrolla la misma, dicho ambiente tiene un voltaje emocional muy elevado, debido a que los bebés prematuros no regulan funciones vitales básicas (respiración-ritmo cardíaco-temperatura).

2. Consideramos que los observadores tienen que estar dispuestos a tolerar situaciones imprevistas, que ocurren cotidianamente en ese medio e inciden en la observación.

3. Si bien consideramos la *empatía*, *el instrumento básico de la observación*, pensamos que tiene que estar dirigida, no sólo al bebé y la mamá sino también al equipo de trabajo de la unidad. Si no se puede empatizar con la tarea que realizan, no nos parece posible la integración de lo psicológico con lo somático.

4. Pensamos que el uso del plural, que observamos tanto en las madres: “no lo pudimos aguantar”, como en el equipo: “no nos tire malas ondas”, apunta a la constitución de un equipo que tiene como líder : *la tarea de preservar la vida del bebé*.

5. Formaría parte de la tarea del observador integrarse al equipo.

6. Una vez integrados, su tarea estaría centrada en ayudar a la mamá a acercarse a su bebé, e intentar poner letra a las necesidades del bebé y de ella misma.

7. Se dice que no hay observación sin teoría. En nosotros esta experiencia ha provocado muchos replanteos teóricos. El más básico es ¿cuándo consideramos que nace una persona? Por ejemplo un bebé que muere al nacer o pocos días después. Lo habitual es que se lo envíe a Anatomía Patológica y no se lo inscriba ni se lo entierre. ¿Entonces hubo un nacimiento o se trata de un aborto?

8. Pensamos que esta situación confusa dificulta mucho en los padres la posibilidad de hacer el duelo por el hijo que murió. En el trabajo lo conceptualizamos con la metáfora de la demolición: “hacen falta andamios, también para las demoliciones, que permiten construir futuras obras”.

9. Si no se ayuda a los padres a la hora del duelo, pensamos que se estaría estimulando a “construir sobre lo anterior”. El ejemplo clásico sería el hijo que lleva el nombre de su hermano muerto.

10. Pensamos que el trabajo de los observadores permite a los padres poner palabras a lo que va ocurriendo y reconstruir lo que ya sucedió. Su presencia actuaría como un modelo de identificación que facilita la expresión de lo que se ve y lo que se siente. Favorecerían así la elaboración del duelo. Cuando decimos duelo, nos referimos tanto al hecho de un bebé muerto como al duelo por el bebé a término que *no* fue. En terminología de Lebovici, sería ayudar a la integración de los tres bebés: el fantasmático, el imaginario y el real.

Agradecimientos

Al Dr. Miguel Larguía, Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá, por su capacidad y valor para intentar hacer las cosas mejor, que nos permitió realizar la experiencia.

A los compañeros del grupo de la Sociedad Argentina de Pediatría "Recién Nacido Internado", por las ricas discusiones en las que reflexionamos sobre las observaciones.

A los médicos y enfermeras del Servicio, a las madres y a los padres por su colaboración y por su actuación como "objetos del self" de estas personitas que pueden llegar a ser, gracias a todo lo que ellos hacen sin tener, la mayoría de las veces, el reconocimiento que merecen. A los Dres. Jorge Martinez y Carlos Grandi por su aliento y sus valiosos comentarios.

BIBLIOGRAFIA

- ALS, H. & TRONICK, C. & BRAZELTON, B. (1980) "Towards a research instrument for the assessment of preterm infant's behavior". En *Theory and research in behavioral pediatrics*, Vol. 1 Plenum, N. York.
- AMMANNITI, M. (1989) "Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions". *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 246-255.
- BADINTER, E. (1981) *Existe el amor maternal*. Barcelona, Paidós-Pomare.
- BEREZOVSKY DE CHEMES, R. Z. (1997) "The Impact of Infant Empirical Research for Psychoanalysis". Asociación Psicoanalítica de Bs. As. Ficha.
- BERNARDI, R ; DÍAZ ROSELLO, J.L. ; GUERRA, V. Y OTROS (1991) *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Ed. Roca Viva, Montevideo.
- BRAZELTON, T. & CRAMER, B. (1993) *La relación más temprana*. Paidós, Psic. Profunda. Bs. As.
- BOWLBY, J. (1989) *Una base segura*. Paidós, Psic. Profunda, Bs. As.
- FREUD, A. (1958) "Child Observation and prediction of development", *The psychoanalytic study of the child*, Vol. 13 Pag. 92-116.

- FREUD, S. (1979) Más allá del principio del placer, *O. Completas*, Amorrortu, Vol. 18, Bs. As.
- HOFFMANN J.M. (1994) "Nuevo campo". *Psicoanálisis*, 16, Nº 3, Bs. As.
- KLAUS, M. & KENNEL, J. (1978) *La relación madre-hijo*. Ed. Panamericana, Buenos Aires.
- KOHUT, H. & WOLFF, E. (1978), "Los trastornos del self y su tratamiento", *Psicoanálisis*, Vol I, Nro. 2.
- LEBOVICI, S. (1995) *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI, México.
- LORENZ, K. (1971) *Sobre la agresión, el pretendido mal*. Ed. Siglo XXI, México.
- MARTINEZ, J. C. (1993) *El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor*. Ed. Lidiun, Bs. As.
- MELTZER, D. & HARRIS WILLIAMS, M. (1988) *The apprehension of beauty*. Pertshire: London.
- MENÉNDEZ, O. A. (1997) *La empatía como instrumento de exploración del síntoma*. Terceras Jornadas de Niños y Adolescentes de la A.P.deB.A. Pág.: 275-292
- MENÉNDEZ O.A.; HEATH, A. "La prehistoria del holding". XIX Symposium y Congreso Interno de la A.P.de B.A.
- MOCHKOFKY, A.; SPERANZA, M.S. (1997) "El vínculo madre-recién nacido prematuro". Monografía Psicología Clínica. Univ. Nac. de Córdoba.
- MOGUILLANSKY, R. (1998) "Relación de Objeto y Vínculo". Mesa redonda APdeBA, *Boletín Científico* Nº 1.
- NEGRI, R. (1994) *The newborn in the intensive care unit*. Karnac Books, London.
- PINE, F. (1985) *Developmental Theory and Clinical Process*. Yale University Press, London and New Haven.
- PIONTELLI, A. (1992) *From fetus to child*. Tavistock, Routledge, London.
- STERN, D. (1991) *El mundo interpersonal del infante*. Paidós, Psicología Profunda, Bs. As.
- STERN, D. (1995) *The motherhood constellation*. Basic Books, New York.
- WINNICOTT, D. (1993) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós, Psicología Profunda, Bs. As.

Osvaldo Angel Menéndez

Avda. R. Scalabrini Ortiz 2368, Piso 9º, Dto. "J"
1425 Buenos Aires
Argentina