

## Madre prematuramente

**Catherine Vanier\***

### **Nota Editorial**

En un reportaje realizado por Marie Auffret-Pericone, en 2013 (20/4/2013) para la revista La Croix Catherine Vanier señala que el abordaje psicoanalítico no está reservado para un medio social dado y que el poder dejar de considerar al diván como único dispositivo, permitiría a los psicoanalistas tener en cuenta que tienen un rol esencial, en el que también insistía Maud Mannoni, que tiene que ver con ocupar un lugar comprometido en la vida ciudadana.

Coherente con su pensamiento y su concepción sobre la posición de los psicoanalistas en la sociedad, su trabajo como psicoanalista no se desarrolla sólo en el consultorio , Catherin Vanier dirige actualmente: la Escuela experimental de Bonneuil sur Marne, creada en 1969 y dirigida por Maud Mannoni, que además de ser un espacio terapéutico para niños y adolescentes autistas, psicóticos y neuróticos graves, es y fue un lugar de formación de psicólogos y educadores.

Es también psicoanalista en un servicio de Neonatología (Seine-Saint-Denis, Francia), el artículo que presentamos en esta revista proviene de la reflexión sobre el trabajo de los psicoanalistas en ese Servicio de Neonatología.

**Comité Editor**

---

\* [catherinevanier@noos.fr](mailto:catherinevanier@noos.fr) / [CV](#)

## Madre prematuramente

**Catherine Vanier**

"El día en que él nació, me dijo ella, yo no entendía lo que estaba pasando. Todo ocurrió muy rápido. El tiempo se detuvo en ese momento. Recuerdo solo unas pocas cosas, flashes, imágenes que se entrecrocaban, sensaciones, el calor sofocante de agosto en esta sala de espera, el ceño fruncido del médico y palabras a las que yo no llegaba a dar un sentido. Urgencia, peligro, peligro para usted, para el bebé, cesárea inmediatamente. Yo no entendía lo que me estaba pasando, ni si todo esto se dirigía a mí. ¿Dónde estaba mi madre? Yo quería que se la llamara, que ella viniera a buscarme y que me sacara de allí. Huir, no me acuerdo de haber sido capaz de pensar en otra cosa. Es bueno para el bebé, dijeron. ¿Pero de qué bebé estaban hablando?"

Como analista en la unidad de cuidados intensivos para prematuros del Hospital de Saint-Denis, a menudo escuché a las madres hablar de sus partos. Si bien sabemos que toda maternidad puede ser traumática, las condiciones de un nacimiento prematuro son tan violentas que los efectos en las madres son particularmente importantes. Sin estar preparada, dar a luz, en el quinto mes de embarazo, a un bebé cuyo peso, a veces, puede no ser más de quinientos gramos, es literalmente atroz. Imposible saber si el niño va a vivir o morir. En un primer momento, los médicos no pueden pronunciarse. Estas mujeres que dan a luz de esta forma son madres de prematuros, prematuramente. Para ellas, el parto brutal, y a menudo imprevisto, representa una verdadera irrupción en el curso de su embarazo, y el tiempo parece detenerse en el momento del nacimiento del bebé. El estupor y la sideración están a veces presentes en los días siguientes al nacimiento. La violencia del parto se agrava con otra violencia, la de la urgencia de la hospitalización, lo que conlleva una separación muy temprana que va a durar, si todo va bien, tres o cuatro meses, y mucho más si surgen complicaciones. En los días siguientes, se manifiesta otra forma de violencia contra las madres y, ciertamente, no la menos importante, cuando se enfrentan al pronóstico desfavorable de los médicos que hoy en día se hacen un deber, la transparencia obliga, de avisar a los "usuarios" todos los riesgos de handicap a que se enfrenta el minúsculo bebé. Sin embargo, para cada madre las consecuencias son diferentes y el impacto del evento vivido en la realidad no

puede ser leído más que a la luz de la fantasía. El trauma del parto viene a inscribirse en una historia fantasmática particular, incluso si ella viene a irrumpir en esta historia y, al mismo tiempo, tomar un cierto lugar y un sentido particular. El valor significativo no será el mismo en un sujeto que en otro. El mismo accidente –lo sabemos- nunca ha tenido el mismo impacto en dos individuos. Para Freud, sólo hay dos tipos de trauma: el del nacimiento y el del descubrimiento de la diferencia de sexos, el trauma que cede a la represión primaria. La vivencia traumática del parto llegará, en el *après coup*, a reactivar el primer trauma estructural y esa vivencia traumática, tal como la entendemos hoy en nuestras sociedades, dependerá de cómo se haya tratado el trauma (aquél del que habla el psicoanálisis).

Para algunas madres, se tratará de la angustia (*Angst*). Muy a menudo, estas madres habrán sido preparadas para la posibilidad de un parto prematuro. Son, por ejemplo, las hospitalizadas por amenaza de parto prematuro desde hace algún tiempo, con quienes los médicos y el entorno familiar ya han hablado, previendo que el bebé nacerá antes. También están aquéllas cuya historia personal hace que el impacto sea más soportable. Para otras madres no preparadas, más frágiles, el parto será vivido como una escena tan violenta dentro de la realidad que la única emoción será el miedo (*Schreck*). Este encuentro con lo real será, entonces, imposible de simbolizar para ellas. Con una gran cantidad de sobreexcitación, ellas se encontrarán en una situación de angustia absoluta y perderán la capacidad de pensar. Separación brutal, sometimiento al deseo omnipotente de Otro, ellas se enfrentarán a un pánico imposible de asimilar.

Este fue el caso de esta mujer que no sabía de qué bebé estaban hablando los médicos. Ella me habló, largo y tendido, sobre su historia. Ella, dijo, había sido un bebé sin problemas. Adoptada a la edad de tres meses por una familia atenta y afectuosa, su infancia, según ella, había transcurrido sin ninguna preocupación. Se le había dicho que había nacido del vientre de una señora muy amable que, queriéndoles hacer un buen regalo, la había dado a sus padres. Cuando ella tenía tres años, su madre dio a luz a un niño mestizo. Ella recordó que, teniendo piel blanca tanto sus padres como ella, preguntó enseguida por qué su pequeño hermano tenía este lindo color caramelo que parecía gustar tanto a sus padres. ¿Quién podría ser? ¿De dónde venía? ¿Por qué él venía del vientre de su madre si ella sabía que ella había venido del vientre de otra mujer? Ella recuerda haber pensado que los bebés debían salir del vientre de las madres, ya sean de color caramelo, ya sean blancos, dependiendo del día, y no haberse hecho otra pregunta. Ella decía haber tenido una infancia sin problemas. La sexualidad, la diferencia de sexos, la diferencia de color, ella, siendo una niña, se encontró brutalmente sumida en un montón de preguntas para las cuales no tenía ninguna respuesta. Más tarde, buena estudiante, comenzó a estudiar biología y se interesó, más especialmente, en la genética. Se casó con uno de sus amigos, con el cual sus padres le

aconsejaron casarse. El año siguiente a su matrimonio quedó embarazada y todo iba bien en el mejor de los mundos, hasta esta visita de control, en la cual la hipertensión y el riesgo de eclampsia decidieron a los médicos a someterla a una cesárea. "Estará mejor en una incubadora que en su vientre", habían dicho. Estas palabras anodinas para ellos la habían precipitado a un estado de pánico y de confusión que todavía no llega a explicarse hoy. Desde el nacimiento del bebé, no le gustaba entrar al servicio, tenía miedo de verlo, de tocarlo. Quería huir y dejarlo allí al cuidado de los médicos. "No tengo la impresión de ser madre, parir no es ser una madre", decía. "Además, es un niño. Yo quería una niña. Me parece que una niña habría sido más fácil de amar." Esta madre necesitó mucho tiempo para poder acercarse a su pequeño hijo. Durante mucho tiempo se habló de su madre de "nacimiento"\*, de su madre biológica y de su hermano. La presencia de su padre, poco presente pero cuidadoso al mismo tiempo, era un enigma para ella.

En muchas entrevistas ella recordó sus años de infancia, los enigmas que le planteó su sexualidad y la elaboración de sus propias teorías infantiles. A lo largo de las semanas, hubo un desplazamiento de la escena de la realidad a la de la vida psíquica, lo que le permitió apropiarse, de manera diferente, de lo que ya había pasado, de reintroducirse como sujeto en esa vivencia traumática. "Comienzo a darme cuenta, me dijo un día, que es a mí a la que todo eso le sucedió."

A pesar de que para algunas madres el parto tiene efectos menos dramáticos, todas dan testimonio de la conmoción del nacimiento. En la atención de urgencia los pediatras "arrancan" al bebé a la madre. Ni hablar de dejarlo sobre el vientre de la madre, no hay tiempo para hablar, a veces les resulta imposible a los padres saber, cuando nace en estado de muerte aparente, si el bebé está vivo o muerto. Sólo el médico puede decir algo, pero está presionado por el tiempo. Hay que intubar rápidamente, ventilar, trasladar al servicio de neonatología donde será conectado a las máquinas, cateterizado, perfundido.

Muy a menudo, las madres describen embarazos deseados. El bebé era esperado y, en general, guardan un buen recuerdo del comienzo de su embarazo del que les encanta hablar. Lo que parece plantear un problema para ellas no es el estado de mujer embarazada; es el de madre. Recientemente, una de ellas me hizo una pregunta que me parece muy pertinente: "Vi un programa de televisión sobre la negación del embarazo. No entiendo cómo es posible algo así. Yo sabía muy bien que estaba embarazada. Fue cuando nació mi bebé que yo no llegaba a entender que era su madre. Era extraño para

---

\* "mere de naissance" en el texto original.

mí cuando llegaba al servicio y me decían: "¿Usted es la mamá de Lisa?". Yo me preguntaba a quién era que se dirigían".

Para las madres, más allá del trauma del parto, es la maternidad en sí misma que se vuelve traumática. Una vez en el servicio, la incubadora se convierte en una especie de útero artificial, se supone que reemplaza el vientre materno el tiempo necesario. Separada de la criatura, la madre se siente excluida, inútil, sin atreverse a interponerse entre los médicos y el bebé. Pero así como decía Winnicott, "un bebé, eso no existe", podemos decir que una madre sin su bebé tampoco existe; está impedida de constituirse como madre. Este impedimento, del cual las madres se sienten extremadamente culpables, aumenta el trauma del parto. ¿Cómo este niño en peligro, tan delgado, tan delicado, "pegado" al fondo de la incubadora, podría ser capaz de fabricar "la madre"? Les resulta difícil a las mujeres en estas condiciones "sufrir" la enfermedad que Winnicott llama "la preocupación maternal primaria". Les resulta difícil imaginar el bebé, incluso a veces, es difícil darle un nombre. Estas mujeres todavía no estaban listas para separarse de su bebé y el parto, en realidad, no parece haberles sido suficiente para separar al bebé de ellas. Llegadas a nuestro servicio, es como si el bebé aún no hubiera nacido y muchas de estas madres, conmocionadas por este nacimiento, nos dicen: "No tengo la impresión de haber dado a luz. Es como si todavía lo sintiera moverse en mi vientre."

La separación, aumentada de esta forma, se anula, como si el parto, en efecto, no hubiera tenido lugar. Por lo tanto, la madre está bloqueada, no porque esté separada del bebé, sino precisamente porque no está separada de él, la separación real impide la separación simbólica. El hecho de que el bebé deba ser reanimado precipita a las mujeres en un sentimiento de culpabilidad y de ambivalencia que las invade. La ofensa narcisista es tan grande que sus puntos de referencia se ven alterados inmediatamente. "No soy bueno para él, me dicen algunas madres. Yo le he dado la muerte; son los médicos quienes le dieron la vida. Yo ni siquiera he sido capaz de mantenerlo en mi vientre el tiempo suficiente para que estuviera fuera de peligro."

Freud decía que, en cada nacimiento, es el narcisismo de los padres el que venía a renacer. Tendrán un bebé maravilloso, todo en él saldrá bien, todo cederá ante él. Su estatus, para sus padres, será un estatus de rey. Freud llama a la criatura "*His Majesty, the Baby*." En cada nacimiento prematuro, el narcisismo de las madres se pone a prueba. Para estas madres traumatizadas, lo que resulta difícil es la posibilidad de investir al bebé. La ilusión necesaria se choca con la violencia de lo real y, si nada simbólico viene a permitir su falicización, el niño corre peligro de ser reducido a ese puro real. ¿Entonces, qué lugar viene a ocupar el bebé para su madre? Sin hacer trabajar esta pregunta, será inútil incentivar el vínculo madre-hijo.. Pero los médicos son

impacientes. Hoy en día, es como si el preciado bien que el vínculo madre-hijo representa no debiera ser puesto en duda. Es como si en nuestra sociedad, el último bastión de nuestra represión estuviera en esta imagen piadosa. Más que nunca queremos, pensar que una madre es "todo amor" por su hijo. Y, sin embargo, a partir de los trabajos de Freud, sabemos que el instinto de muerte trabaja en silencio dentro del organismo para destruirlo, y que puede ser puesto al servicio de Eros cuando se orienta hacia el mundo exterior en lugar de destruirse a sí mismo.

El amor maternal no se da por sentado. El analista sabe de la violencia y el odio, está habituado a escuchar el deseo de muerte de las madres y el vigor de las pulsiones de muerte presentes en el niño, deseo de muerte presente en toda madre. ¿No hablaba Winnicott de las diecisiete razones que una madre tiene, en condiciones normales, para odiar a su hijo? La maternidad no es un cuento de hadas y será inútil fingir querer suavizar la violencia de la separación, o silenciar a las madres para que ellas se vuelvan buenas y sean aceptadas por los equipos de reanimación. Además, las madres no siempre siguen el juego, y el malentendido con los médicos proviene de la historia que ellas les cuentan y que, para los que trabajan en equipos de terapia intensiva, es imposible escuchar. "No importa lo que usted diga, sé que va a morir", dicen ellas a veces. Sin embargo, este conocimiento, esta presciencia de la madre, que no tiene ninguna relación con el saber, que se autodenomina científico, de los médicos, marca el cuerpo del niño como lugar privilegiado de inscripción. Si el equipo lo tiene en cuenta y soporta escucharla, el tiempo de hospitalización del bebé puede ser una oportunidad para la madre y para el niño. Para ello, sigue siendo necesario escuchar a las madres acerca de la violencia del trauma y de su ambivalencia que, a menudo, retoma una historia familiar en la que se descubre que la repetición mortífera ya está en marcha. La dimensión mortífera está presente en toda historia, pero aquí, debido al acontecimiento, adquiere un relieve particular. Cuando lo real se reúne con la fantasía, los efectos traumáticos son inevitables.

Una joven madre, a la que le costaba mucho entrar al servicio para cuidar a su bebé, preocupaba mucho al equipo de salud que no podía soportar que una madre pareciera no interesarse en su bebé. Es sólo después de numerosas entrevistas que ella recordó la siguiente historia. Cuando tenía 7 años, ella hizo caer el cochecito de su hermano pequeño por los escalones de la entrada de la casa. El bebé se salió del cochecito y rodó sobre la hierba del jardín. La caída no le produjo heridas. Pero la madre, que había visto la escena desde lejos, se había precipitado, aterrorizada, y había comenzado a gritarle a su hija mayor, diciéndole: "cuando seas grande vas a ser una asesina de niños." Por supuesto, que a esa madre no le era posible ir al servicio, no porque ella fuera una mala madre, como el equipo había creído, sino, al contrario, porque era buena y lo que quería era proteger a su bebé de esa maldición. "Forzarla" a

la maternidad antes de que se pudiera trabajar sobre su historia, habría tenido en ella efectos catastróficos.

El trauma abarca varios aspectos en la prematurez: si la maternidad es traumática para la madre, también sabemos que el nacimiento debe serlo para el bebé, puesto que la mayoría de los estudios actuales muestra igualmente un porcentaje significativo de trastornos del desarrollo en los ex prematuros, ya sean prematuros moderados o tardíos, muy prematuros o prematuros extremos. Estos trastornos van desde la esfera alimentaria a la del sueño, llegando hasta al autismo, pasando por la psicosis. Se los detecta más frecuentemente en los prematuros moderados que en los nacidos a término, incluso en la ausencia de lesiones neurológicas.

Si Winnicott, a diferencia de Otto Rank, para quien en todo nacimiento había un trauma, pensaba que un parto, en condiciones normales, podía no traumatizar al bebé, un nacimiento prematuro representa, sin duda, un riesgo considerable debido al posible incremento de las complicaciones. Unos años más tarde, en efecto, comprobamos que algunos de estos niños se aíslan, dejan de comunicarse, otros se vuelven hiperactivos. Pero también pueden ser muy prudentes para tranquilizar o narcisizar a sus madres, o incluso enfermarse todo el tiempo, buscando con los síntomas físicos que se ocupen más de sus madres, haciendo que las cuiden a través de ellos. En otras ocasiones, los niños los 'sobrevivientes' son sobreinvertidos por sus padres. Entonces, se sienten asfixiados por el excesivo cuidado de los adultos sobreprotectores que quieren ser abnegados y perfectos para, de esta manera, restaurar la herida narcisista sentida por ellos en el nacimiento.

¿Qué les pasa a estos bebés? El trauma del nacimiento del que Freud hablaba ¿no tiene otra dimensión para los bebés nacidos en estas condiciones? Contrariamente a la idea ampliamente difundida, sabemos que al nacer el bebé no es una persona. Si bien es importante que lo consideremos así, a pesar de eso no quiere decir que lo sea. Como ya lo destacaba Winnicott, un bebé, eso no existe. De hecho, al principio, el pequeño del hombre no es un sujeto. Para que lo sea, debe en primer lugar, como ha dicho Alain Vanier<sup>1</sup>, "que alguien suponga, imagine un sujeto en el bebé". Al nacer, el bebé sólo existe en y a través de su madre, su madre o cualquier otra persona que se dirija a él, que lo nombre que le diga quién es él, si es niño o niña, lo que siente, lo que piensa. El

---

1 *Évaluation, soutien, orientation pour les enfants des mères marginales à la période périnatale*, en colaboración con el Dr. Nicole Pelletier, Cuarto Congreso Mundial WAIPAD, Lugano, 20-24 de septiembre de 1989; Alain Vanier, *Contribution à la metapsychologie du temps de processus Psychiques. Questions posées par l'observation et la clinique infanto-juvénile*, Tesis doctoral de psicopatología fundamental y psicoanálisis 1995, inédita; Alain Vanier, "D'une diade à plusieurs. Quelques remarques à propos d'un travail avec les mères psychotiques et leur nourrisson", en *Psychologie clinique*, N° 12, 2001-2.

sujeto está en el Otro. El sujeto está en la madre, en la madre que lo lleva (*holding*) y que se lo representa separado. El sujeto está en la madre o en aquél que se interesa en él; que tiene un cuerpo y que le habla; que siente y que le dice al bebé lo que siente; el que le atribuye emociones, alegrías, penas; el que puede pensar que tiene calor o frío o, tal vez, hambre. Hay Otro anterior al sujeto, ya que el bebé es hablado antes de hablar. Cuando al nacer la madre no le dirige ninguna palabra, el niño no puede transformarse en su objeto. Si el bebé no se encuentra con el deseo de la madre y si no tiene idea de lo que puede satisfacerla, no va a proponerse como objeto, ya que ella no lo necesita. Él no tendrá nada para darle. No va a tomar el lugar del falo imaginario que, precisamente se abriría hacia la separación. Es este corte que permitiría la creación de un lugar en el Otro, un lugar que llamaría del sujeto.

Partiendo de la idea de la "suposición de sujeto" necesaria, tratamos de comprender que pasa en el servicio con los bebés prematuros. ¿Cómo imaginar lo que el bebé recién nacido, solo en su incubadora, puede sentir? Separado de su madre de la cual ha perdido las señales: la voz, el calor, los olores, los ritmos, los sonidos del cuerpo, resulta afectado en su continuum de la vida. Cuando el niño no ha experimentado el apoyo "vivo" y "continuo" propio de la maternidad aparece la angustia.<sup>2</sup> De inmediato se plantea, en las condiciones difíciles de su hospitalización, el problema de la relación con el Otro. En efecto, ¿quién podrá asumir, si la madre no puede, suponer, imaginar un sujeto en este bebé? ¿Y qué será de él si no hay Otro del cual él pueda ser el objeto? Si él no encuentra las palabras del Otro, porque los padres no pueden o quienes lo cuidan no se dirigen a él, no puede entrar en la cadena significativa, es decir, según Lacan, en el mundo simbólico que caracteriza al ser humano. El pasar por los significantes del Otro significa encontrar la pérdida, pérdida real y falta simbólica, primera forma de aparición de la castración y del Edipo precoz, como lo hizo notar Melanie Klein. Sin confrontación con el Otro, el trauma del prematuro, dejado solo en su incubadora, podría ser entonces el trauma que representa la imposibilidad de ser traumatizado por el encuentro. El encuentro con el deseo del Otro, es decir, con la falta en el Otro, constituye un trauma indispensable para la constitución del sujeto.

Todos los bebés se identifican con el mundo que los rodea. Para el prematuro, el mundo de las máquinas es un puro real al que no le puede dar ningún sentido. El riesgo es grande en esos momentos de reanimación, en los que el bebé, al no tener otra opción, se identifica con su máquina, el Otro absoluto, en el caso de que nadie venga a hacer el relevo, interponiéndose entre la máquina y él. ¿No encontramos en los niños con autismo fascinación por las máquinas? ¿Existe una relación entre este dato y el alto

---

<sup>2</sup> D. W. Winnicott, « L'angoisse associée à l'insécurité » (1952), en *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, p. 127.



porcentaje de autistas detectado por los estudios hechos entre la población de ex prematuros? En nuestro servicio, es la máquina la que responde de manera omnipotente a las necesidades vitales del niño. Ella comienza a ser parte de su cuerpo. Por lo general, el bebé se fabrica, se podría decir, respondiendo con actos y con palabras, que su madre, o la persona que lo cuida, contribuye a las diferentes dolencias que su cuerpo le proporciona, dolencias que no tienen para él bebé ningún sentido. Según las respuestas, comienza una sensación de seguridad o inseguridad acompañando la "suposición" del sujeto. En un primer momento, los cuidados y las palabras son los que dan al bebé la sensación de existir. Incluso, cuando nace a término, si no se tienen en cuenta sus necesidades de reaseguro, si no hay respuesta materna (pensamos aquí en el "marasmo" del que ya hablaba Spitz), o si ésta no es la apropiada, la criatura puede sumirse en una terrible desesperación. La palabra ansiedad es demasiado débil; el desamparo del bebé es similar al que acompaña al pánico. Lo que, en algún momento, se transmite de esencial al bebé, es precisamente el punto que a la madre se le escapa. Sin embargo, una máquina no se escapa nunca. Entonces, si la pulsión se siente como el eco de una voz en el cuerpo, ¿cómo se pone en marcha el circuito pulsional para estos bebés? En este entorno, en efecto, el corte pulsional se vuelve problemático. ¿Qué pasa con el goce y el cuerpo en el niño? En la reanimación, la máquina es la que da el oxígeno, la que alimenta sin interrupción, sin hacer esperar, sin fallar jamás. Si ella ilusiona, ¿de qué ilusión se trata? La máquina satisface todo, pero no responde a nada. La puesta en acción del circuito pulsional ya está en marcha. En reanimación, el bebé desconoce la ausencia, el grito no se ha transformado en llamado al Otro caritativo que ofrece una ayuda ajena externa. Si nadie habla con el bebé en los primeros días de vida, el bebé se aísla, ya no busca el contacto ni la comunicación, se ausenta. Pero la función de la voz mezclada con el sonido de la máquina cambia la situación, siempre y cuando que aquél que le habla no sea esté el mismo identificado con la máquina.

En un primer tiempo, la presencia de las madres junto a sus bebés es, a menudo, tímida y difícil. Y, sin embargo, el bebé necesita del Otro y frecuentemente, ese Otro es, en un primer momento, algún miembro del servicio. No hay registro pulsional sin la demanda del Otro, no hay satisfacción sin que se plantee la cuestión del goce. Pero la tarea es difícil para los médicos que se preguntan si nuestra sociedad, al mismo tiempo que se normaliza al máximo en términos de prevención, abortos terapéuticos, diagnósticos de todo tipo, no estaría fabricando sus propios discapacitados a través de los neonatólogos. Sólo una creencia absoluta en la ciencia podría sostenerlos, pero la técnica se enfrenta a sus límites y a la forma de reaccionar de algunos niños, a los cuidados que reciben, escapa a la lógica médica. Los médicos se enfrentan al hecho de que cada cuerpo, inscripto en una palabra diferente, es diferente. De que sus

conocimientos sobre el cuerpo en general, chocan con la verdad del cuerpo particular de cada uno, ¿hasta dónde deben ir? Los médicos y los padres se ven en dificultades con un bebé al que dudan en investir y cuya reanimación los llena de angustia más que de placer.

Por lo tanto, hoy corremos el riesgo de encontrarnos frente a la siguiente situación: reanimar (los anglosajones dicen resucitar) tomando distancia para evaluar luego de algunas semanas lo que va a pasar con el futuro el niño.

Reanimar todo sin reanimar nada, reanimar protegiéndose de creer demasiado en lo que están haciendo.

Si el equipo se aísla a la espera de que desaparezca la incertidumbre, si las madres como consecuencia de un traumatismo quedan invalidadas, al igual que el personal, pero por otros motivos, el bebé está en el vacío, como lo demuestran las dificultades con las que se encuentra años más tarde. Abandonado a una máquina, el niño no puede sentir que existe; es ella la que existe para él en un circuito cerrado.

En nuestro servicio, cuando los niños tienen asistencia respiratoria y después de unos días comienzan a mirar fijamente un punto específico de un aparato del que parecen haberse colgado como un naufrago a un salvavidas, las enfermeras se preocupan mucho. Estos niños que sufren probablemente tratan de recuperarse, de reponerse, aferrándose a un punto exterior para luchar quizá contra la fragmentación causada por el dolor y el pánico. ¿De qué defeción de la mecánica pulsional se trata? Estos recién nacidos nos enseñan, precisamente, cómo esta mecánica si es sólo mecánica, es decir, conectada a una máquina, no puede instalarse. Largas horas junto a estos niños, hablándoles, e incluso hablándoles de su historia, de lo que suponemos que sienten, de los cuidados que reciben, de sus padres, si el personal de salud está lo suficientemente atento a los bebés y a ellos mismos, a veces, esto permite que vuelvan a relacionarse con el mundo.

Maternidad traumática, bebés a los que se les evita ser traumatizados, el trabajo en una unidad de cuidados intensivos requiere un compromiso real de los equipos; tendrán que involucrarse mucho más allá de la preocupación por la sola reparación del vínculo. Definir protocolos (comodidad de los bebés, presencia de las madres, piel con piel, masajes) no será suficiente.

Los protocolos, de gran valor en la medicina permiten tomar distancia y evitar el riesgo que supondría para el personal un encuentro auténtico. El trabajo de reanimación, clínica de lo real según Ginette Rimbault, lleva a los médicos a contactarse verdaderamente con los bebés y sus madres a menos que se refugien en los protocolos.

Partir de la "suposición de sujeto" para guiar el trabajo de un equipo de reanimación es subversivo. Pero si resulta posible, vamos a constatar reacciones en cadena con "efectos analíticos" en las madres, en los bebés y también en los miembros del equipo.

**Traducción:** Angela Shickler

**Supervisión de la traducción:** Mirta Jeifetz