

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

# Muy pronto para vivir. Análisis de un caso de prematurez extrema.

Villalba, María Elena.

Cita:

Villalba, María Elena (2017). *Muy pronto para vivir. Análisis de un caso de prematurez extrema. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/294>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/3xh>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# MUY PRONTO PARA VIVIR.

## ANÁLISIS DE UN CASO DE PREMATUREZ EXTREMA

Villalba, María Elena

Fundación Tempo de Integrarse. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

---

### RESUMEN

En este trabajo se realizó un estudio sobre los niños prematuros extremos y cómo en este primer vínculo con la vida, es mediatizado por una máquina que le permite seguir viviendo, este primer momento es un encuentro tanático. Cómo puede constituirse sujeto, cómo puede constituir una vida psíquica, a partir de no haber terminado de constituirse físicamente. A partir del análisis de un caso único se evaluara las secuelas que le han dejado a estos niños, el pasaje por las UTIN, muchos con múltiples discapacidades a causa de ganarse la vida. Podemos concluir el lugar importante que ocupan las máquinas para estos bebés, comienzan a vivir a partir de un aporte mecánico de oxígeno y medicación que suplanta a la aportada por el cordón umbilical. El riesgo de muerte siempre presente, se asocia a la vulnerabilidad, a la indefensión. Pensar en estas huellas mnémicas donde se ha plasmado hasta el más mínimo detalle, de cada percepción presente en este primer momento constitucional del psiquismo, logrando a pesar de todo subjetivarse.

### Palabras clave

Cuerpo fallado, Discapacidad Mental, Prematuros, Dolor psíquico

### ABSTRACT

TOO EARLY TO BORN. SINGLE CASE ANALYSIS OF EXTREME PREMATURITY

In this work, a study was carried out on extremely preterm infants and how in this first link with life, they are mediated by a machine that allows them to continue living, this first moment is a thanatic encounter. ¿How can he be constituted as a subject? ¿How can he constitute a psychic life, since not finished being constituted physically? From the analysis of a unique case we will evaluate the sequelae that have left these children, the passage through the I.C.U. most of them with multiple disabilities due to have to earn the live. We can conclude that the machines for these babies play an important role; they begin to live with a mechanical contribution of oxygen and medication that supplants the one provided through the umbilical cord. The risk of ever-present death is associated with vulnerability and the defenselessness. To think on these memory traces in which it has been shaped to the smallest detail, of each perception present in this first constitutional moment of the psyche, achieving in spite of everything to subjectivize.

### Key words

Failed body, Disability, Premature, Psychic pain

### Introducción:

Los niños prematuros extremos el primer vínculo con la vida, es mediatizado por una máquina que le permite seguir viviendo, este primer momento es un encuentro con la muerte. Cómo puede constituirse sujeto, cómo puede constituir una vida psíquica, a partir de no haber terminado de constituirse físicamente.

Este niño que nace con un marca, marca de la falta de los padres, de esto que no pudieron, la trascendencia más allá de la muerte, se juega el narcisismo de los padres, su ideal, no es ese hijo soñado. Estos padres van a tener que duelar este hijo y libinizar a este hijo con falla, para que deje de ser un ajeno y puede ser inscripto como parte del linaje familiar.

A partir de un caso único se evaluara las secuelas que pueden dejar a estos niños, una discapacidad a causa de ganarse la vida. En el caso clínico las secuelas es mental y motora. El primer vínculo con un respirador, en un lugar asediado por ruidos y luces que lo sacuden y lo hacen estremecer, cuánto de todas estas técnicas invasivas, cuánto de todo ese dolor queda registrado en un psiquismo en ciernes.

Qué hace que estos niños a pesar de su extremada indefensión puedan sobrevivir a pesar de todo, qué le permite seguir viviendo, esa pulsión de vida que sobrepasa a todo el sufrimiento, lugar donde entran muchos bebés recién nacidos y muchos salen y otros quedan en el camino, cómo viven este recuerdo los que se quedan. Aislado en la incubadora, con el cuerpo tenso, el rostro crispado, sin ser reconfortado por el regazo de la madre o por la voz arrulladora, qué disminuye su dolor, qué hace que regule sus ritmos y apacigüe su angustia, el bebé solo podrá investir a su madre si ella permanece a su lado y una madre solo podrá investir a su hijo si siente investida por él (Cantis, J 2012).

### Desarrollo

#### Presentación de Caso Clínico:

Para pensar en algunos de estos temas voy a tomar la historia de Catalina que nació de 27 semanas y pesó 690 grs.

A su madre le tuvieron que interrumpir el embarazo porque una semana antes del parto le detectaron presión alta (preclamsia) y como su vida estaba en peligro los médicos decidieron realizarle una cesárea, aunque no sabían si la niña iba a poder sobrevivir.

Apenas nace Catalina va a la incubadora y a Claudia, su madre, la tratan de estabilizar por la gravedad de su estado, recién al otro día cuando Claudia está un poco mejor le dejan ir a ver a Catalina. Ese primer día, Claudia no la pudo ver, apenas llegó salió corriendo, le angustió mucho verla con todos los aparatos y las sondas, “me impactó mucho”, refiere Claudia.

A partir del día siguiente, Claudia volvió y pudo conectarse con ese

cuerpito y de a poco se fue acercando y a medida que podía y le dejaban, empezó a tocarla y le cantaba, “nadie me dijo nada que tenía que hacer, pero fue lo que me salió”, manifiesta Claudia.

Sólo podía estar con ella 1 hora a la mañana y 1 hora por la tarde. Otro de los momentos traumáticos para Claudia fue cuando le dieron el alta a ella, tenía que dejarla sola a Catalina e irse a su casa, si a esto le sumamos que vivían al otro lado de la ciudad, fue muy angustioso este momento.

Ella se levantaba todas las mañanas y a las 9 hs. llamaban para darle el parte médico y después salía para la clínica. A la mañana entraba ella sola y a la tarde entraban los 2 (padre y madre), “me la pasaba llorando”, refiere la madre.

Durante todo el tiempo Catalina fue evolucionando lentamente, su mayor problema era ganar peso, crecía muy poquito, cuando tenía que aumentar 20 grs ella aumentaba 10 grs y muchas veces los perdía. A los 21 días le sacaron el respirador.

Su madre refiere que ella entraba y no tenía ningún contacto con el resto de los papas, solo se dedicaba a estar con su hija, “nunca me entere quien estaba a lado” refiere Claudia, “no iba a hacer sociales, veía como los bebés que estaban 1 día, al siguiente ya no estaban”. Con las únicas con quien tenía contacto era con las enfermeras.

Luego de 100 días de internación y después de haber ganado el suficiente peso, le dieron el alta a Catalina, era Diciembre, ya pesaba 2,050 kgrs.

En casa las cosas no eran muy distintas. Catalina tenía que estar en un cuarto aislada, por eso las visitas eran restringidas y solo la podían verla por la ventana. A pesar de todos los cuidados en Abril se enferma de bronquiolitis y nuevamente hay que internarla, el principal problema que tenía Catalina era que no aumentaba de peso, comía y vomitaba, tenía reflujo.

Durante ese año el mayor problema de Catalina fue el reflujo y le hicieron todos los estudios y no le encontraron nada, una profesional del equipo de estimulación temprana que la atendía le dijo que todo lo que tenía Catalina era compatible con el síndrome de Sandifer. Comenzaron muy temprano con estimulación fonoaudiología para que aprendiera a deglutir, causa probable del reflujo. Solo después de mucho andar de médico en médico, la médica para el reflujo y todo este padecimiento de 4 años se termina.

Los médicos nunca le dijeron a los papas de Catalina que la prematuridad extrema y la isquemia lo había producido una discapacidad, pero su madre refiere que se dio cuenta como al año, porque no tenía los logros de los demás niños a su edad, ella no aumentaba de peso, no se sentaba, no respondía a los llamados, no gateaba y recién comenzó a caminar a los 3 años.

Actualmente Catalina se pregunta en su terapia: “Mira esta pierna, no sé por qué no crece, no va ser igual a la otra y me duele”, en ese momento se angustia y solloza.

A los 4 años y a partir de allí, Catalina comienza a comer mejor y a crecer, a esa edad empezó asistir a un centro de estimulación, donde continuó con la estimulación temprana. Comenzó a escolarizarse en un jardín maternal común, luego siguió en una escuela especial.

Una de las características de su personalidad según refiere su madre es la intensa ansiedad que tiene ante todo y otro dato es su excesivo pegoteo con los demás, siempre personalidades más

fuerte que ella, profesores, maestros o alguien que ocupe el lugar de cuidado.

#### Análisis del caso:

Catalina nace a la semana 27<sup>o</sup>, para algunos neurólogos e investigadores del bebé antes de nacer, afirman que el comienzo de la semana 26 es muy importante para un feto ya que comienza a perfilar comportamientos. Estos primeros comportamientos proporcionan un indicio de la aptitud del pequeño para que su mundo sensorial analice información, se familiarice por medio de su breve memoria y responda a exploraciones motrices de las manos y de la boca. Es el comienzo de la separación de los ritmos de la madre para poder lograr desprenderse de ella después del 9<sup>o</sup> mes. Este ritmo no sincronizado produce un efecto estimulante que podría ser el origen de la vida psíquica (Pontelli 1987).

Qué podemos pensar de este psiquismo en ciernes, en este primer momento donde Catalina tuvo que empezar armar sus recursos para la separación de los ritmos de su madre, ella directamente tuvo que confrontar con otra realidad, la separación real.

Estos niños nacidos tan prematuramente, que no pueden reconocer a su madre, que no pueden tranquilizarse en sus brazos, que no reconocen su olor, pueden establecer el sentimiento de continuidad. El bebé no identifica una forma segura que lo estabilice. Cae en un mundo extraño, sus percepciones no son familiares. Máquinas que todo el tiempo suenan en forma estridente, cables que no le dejan moverse con libertad y poco contacto con una mano segura que los presente a la vida.

En Claudia este impacto que le produce ver a su hija, con el respirador, con las sondas y en esta primera escena cuando se acerca y rápidamente huye, de qué huye, de ver que ella no pudo seguir cobijándola en su útero, cuánto de culpa y de desgarramiento, en esa madre primeriza, cuánto de mandato confirmado.

Cuando nace un bebé que no es el esperado, no es ese bebé ideal, el yo de la madre es arrasado, que causa un trauma, que produce una ruptura que trae como consecuencia un no reconocimiento de este bebé como propio, devenido en un extraño.

Este hijo es una herida narcisista para los padres, algo de la castración que se hace presente. No solamente el duelo por el hijo ideal no nacido, sino que este impacto se convierte en trauma, una herida que nunca cura, siempre presente. Para evitar que este bebé no sea mirado, es necesario que la madre pueda reparar, elaborar este duelo por el bebé ideal perdido, para catectizar a este otro bebé, el nacido.

Esta aceptación cariñosa o el rechazo que se da en este primer vínculo de la madre con el bebé, funciona como el factor determinante para que éste sienta que está todo bien o que algo anda mal.

Dice Winnicott (1993) “El self esencialmente se reconoce a sí mismo en los ojos de la expresión facial de la madre”... Una anomalía que provoca sufrimiento va adquiriendo para el bebé la categoría de algo existente que se interpone entre él y su madre. La seguridad o intranquilidad materna amortiguará o incrementará respectivamente, el temor que provoca “eso que no se sabe que es pero que hacer doler” (Tallis 2002)

Pero Claudia superado el impacto, puede volver y hacerse cargo de ese dolor y comenzar a vincularse con Catalina, desde una mirada

de amor y de contención, como todo bebé que recién nace, primero tiene esa categoría de extraño pero paulatinamente ella puede comenzar a adoptarlo y ser esa mano segura que le agarra y le arrulla. La base de la constitución del self depende de la imagen anticipada que se tiene de él, aún antes del nacimiento, de la capacidad emocional de la madre o figura materna y la suma de sus procesos de identificación con las personas más cercanas (Tallis 2002).

La existencia simbólica de este hijo antes de nacer se sostiene por el ideal de los padres, donde ellos se reflejan y proyectan sus propias fantasías, sus deseos, así se va constituyendo un cuerpo simbólico del niño por nacer. Catalina es la primer hija de un matrimonio muy jóvenes los dos, Claudia tiene 23 años cuando nace Catalina y su padre también. Son dos jóvenes donde sus vidas recién comienzan, este lugar de hijo deseado, es un espacio que pudieron construir, ese lugar para un otro. No solo como familia primaria sino también como familia ampliada, es la primera nieta de ambos lados, materna y paterna.

En la etapa del bebé internado, la familia vive una situación traumática, el niño en riesgo, lejos del alta, no se sabe si va a sobrevivir, tampoco se sabe de las secuelas.

A qué me refiero cuando digo situación traumática, es lo que define Freud como trauma “aquello que se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivas, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de elaborar dichas excitaciones”, esas cantidades de estímulo que proviene del mundo interno (endógenos) y del mundo externo (exógenos), que le producen un efecto patógeno en la organización psíquica.

En esta situación, nos dice Cantis (2001), “el bebe se encuentra inerte y su núcleo radica en una significativa desvitalización. La desvitalización nos remite a los estados de vulnerabilidad física y psíquica en los niños con riesgo de muerte. Qué pasa en estos niños con los afectos, el sentir se queda vedado, la simbolización de los afectos no tienen un canal para la expresión, no tienen una vía para dar cuenta”.

Este trauma en el bebe se manifiesta en lo orgánico, insuficiencia somática y ello repercute después en lo psíquico. Este trauma puede ser extracorporal o intracorporal. En el extracorporal el trauma viene de afuera y provoca un arrasamiento del sistema neurológico. En el intracorporal la amenaza viene de adentro del cuerpo. Y la coraza que le permite protegerse de los estímulos que vienen de ambos mundos se ve arrasada, esta coraza frágil en los bebes en constitución psíquica genera un estado de inermidad, de desvitalización anímica y falta de energía. Viven un mundo de monotonía, de vacío libidinal.

“El bebé no obstante, no puede verbalizar su dolor, del cual no tiene conciencia pero lo registra en forma de engramas de memorias” (Cantis J 2002)

Inermidad, indefensión original, configuran un estado que coloca al inerte e indefenso en situación de dependencia absoluta, respecto del asistente ajeno, persona experimentada, otro del mundo del que provienen estímulos.

Esta dependencia absolutamente necesaria de otro “ajeno” (no yo) sin cuya presencia y auxilio caería inmediata e irremediamente en el desamparo y la muerte y en este mismo sentido destacando el papel de la motricidad como vehículo de signos y señales por

los cuales el otro experimentado conjetura que “algo le pasa”, que “algo perturba al inerte”, y habiendo caracterizado la situación total (inerte, dependiente del otro ajeno que realiza por él y para él la acción específica), se centra en aquello que le va sucediendo en el proceso de ir siendo a un ser vivo (Ripesi L. 2003).

Esas memorias representadas en su mente y en su cuerpo, serán incorporadas a su individualidad como parte de su historia. El dolor puede no ser recordado pero las experiencias a él asociadas lo son. Cuanto de este dolor que hoy se queja Catalina en su pierna tiene que ver con este primer dolor, como duelo no resuelto de esto que está, pero no se sabe.

El trauma tiene dos formas de expresión esta penando por ese impacto, no solo por el sufrimiento de lo intrusivo de la internación sino también por no poder accionar en este mundo, queda anclado en una escena donde quiere pero no puede. Y otra forma de expresión es frenar el trauma, desestimarlo, no dando la importancia que tiene en la vida de ese niño, para evitar conectarse con ese sentimiento.

Si pensamos en Claudia y Lucas, los papás de Catalina y cómo se aferraron a la nursery (UTIN), como queriendo que su bebe pudiera salir de ese lugar, como así lo refiere Claudia y cómo el quedarse perplejo a la espera que le abrieran las puertas, quedándose como paralizada en el tiempo.

Estas familias tienen alteradas la economía pulsional, son familias continuamente impactadas por un monto de angustia muy elevada, que no les da tiempo para procesar. Ante estas situaciones límites las familias invisten o desinvisten, porque estos bebes están al borde de la muerte. Claudia, en todas las entrevistas que tuvimos, no puede dejar de llorar cuando se acuerda de todo lo vivido, padece de migraña y por varios días queda como eclipsada por el dolor que le produce revivir todo lo que le pasó. Algo similar le sucede a Catalina, cuando trae a la sesión sus fotos de bebe donde se mira y se trata de reconocer en ese bebe tan pequeñito, como tratando de certificar que pudo y a pesar de tanto dolor sobrevivió.

Dice Cantis: “Es importante determinar en estos niños, la tendencia a la lucha por la recuperación y el equilibrio vital y que muchas veces es autónomo de la gravedad de la afección orgánica que tengan”.

En Catalina, ejemplo clínico que traigo para pensar en el desvalimiento temprano, qué alteración interna produjo este trauma, cómo puede procesar la pulsión. Este quantum que vuelve con mucha intensidad cuando ella tiene que enfrentar estudios de rutina o pre-quirúrgicos, internación o enfermedades comunes. Cada una es vivida con tanta intensidad, intensidad de energía no ligada que todavía duele y vuelve.

Dolto nos dice que cada bebe posee desde un primer momento una manera diferente de estar en el mundo y pueden, aunque padezcan las mismas dificultades, dejarse morir o luchar desde el día de su nacimiento con una fuerza increíble por la vida.

Catalina es una sobreviviente de una entrada a la vida muy traumática, donde la pulsión de muerte sobrepasaba a la de vida y a pesar de todo, ella pudo superar junto a sus papás esta intensidad psíquica que tuvo que afrontar, aunque aun hoy el dolor este presente. Al decir de Dolto “... el deseo de morir o de vivir siempre está vinculado con la historia del sujeto, incluso algunas veces esta historia puede llegar a remontarse a varias generaciones anteriores”.

### A modo de conclusiones

Para concluir me queda por pensar qué lugar ocupa la UTIN para los bebés que comienzan a vivir a partir de un aporte mecánico de oxígeno, medicación que suplanta a la aportada por el cordón umbilical, intercambio nutricional entre la mamá y el bebé. Es un lugar de espectador, lugar omnipotente de dador de vida.

El deseo de hijo no es un deseo abstracto, se espera un bebé bello, inteligente, sano y feliz, pero qué pasa cuando nace un bebé antes de lo esperado, con un pronóstico mortífero, podemos pensar que es en este deseo donde se engendra esa pulsión de vida y de sanar a la que fuertemente se aferran estos bebés para vivir.

El riesgo de muerte que nos lleva a pensar en la vulnerabilidad, en la indefensión, podemos pensar en estas huellas mnémicas que han quedado de esta situación, estos engramas, estas imágenes mentales, como registro completo, hasta el más mínimo detalle, de cada percepción presente en este primer momento constitucional del psiquismo.

Sujetos que tienen que constituirse a pesar de este dolor físico, dolor por las intrusiones corporales durante sus largas internaciones, cómo logran a pesar de todo subjetivarse.

Podemos hipotetizar que Catalina cuando vive una situación traumática, internaciones, operaciones y nuevos estudios, reedita este primer vínculo con la vida, donde tuvo que pujar por vivir.

La discapacidad puede dificultar una función, pero en sí misma no impide la estructuración psíquica. No es el cuerpo biológico el que impide la estructuración subjetiva, sino como puede ser simbolizado dicho cuerpo. Tampoco tenemos que dejar de lado el lugar que el infans ocupa en el deseo de los padres.

Finalmente de cuántas Catalinas están pobladas las UTIN (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal), bebés que logran sobreponerse y seguir viviendo algunos con secuelas y muchos otros sin ellas, pero con un trauma que los marca para el resto de sus vidas. Niños con una necesidad de un excesivo apego hacia un otro que le permita "ser", inseguros y añorados, añorando este vínculo materno que les fue vedado.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Cantis, J. (2001) Discapacidad: subjetividad, vitalidad interior y familia en Trabajo Psicoanalítico con Niños Bs. As. Argentina Editorial: R. Vergara.
- Cantis, J. (2012) Desamparos tempranos e intrusiones corporales al encuentro con un niño: reflexiones psicoanalíticas. Actualidad Psicológica "Desamparo". N° 410. Bs. As. Argentina
- Cyrulnik, B. (1994) Los alimentos afectivos, Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Fava Vizzieloi; C., Zorzi; M., Bottos (1993) "Los hijos de las máquinas". Editorial Nueva Visión.
- Freud, S. (1915) Pulsión y sus destinos. Bs As Argentina. Editorial Amorrortu. Vol. XIV.
- Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. Bs As Argentina. Editorial Amorrortu Vol. XX.
- Helman, V. y Villanueva, M. (2000) Niños prematuros. La clínica de lo prematuro - de la Medicina al Psicoanálisis. Buenos Aires Argentina. Editorial: Lugar.
- Levin, E. (2003) Discapacidad y educación. Los niños del espejo. Buenos Aires Argentina. Editorial: Nueva Visión.
- Ripesi, L.B. (2003) Un estado de ser <http://www.espaciopotencial.com.ar/elestudio/unestado.html>
- Tallis, T. y otros (2002) Trastornos en el desarrollo infantil, capítulo: La auto-percepción a través del dibujo de los niños con parálisis infantil. Buenos Aires Argentina. Editorial Miño y Dávila
- Zimmerman, A. (1981): El psiquismo del niño enfermo orgánico. Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós.