

Aprendiendo con las madres y los bebés sobre la naturaleza humana

Nara Amália Caron

Rita Sobreira Lopes

Sugiero que encontremos, en el aspecto “cuidar-sanar” de nuestro trabajo profesional, un *setting* para aplicar los principios que aprendemos en el inicio de nuestras vidas, cuando éramos personas inmaduras y nos fue dado un “cuidar-sanar” satisfactorio y sanación, por así decirlo, anticipada (el mejor tipo de medicina preventiva) por nuestras madres “suficientemente buenas” y por nuestros padres (Winnicott, 1970/1986^a, p. 93).

Quien conoce a Winnicott, psicoanalista inglés que se dedicó a la pediatría antes de realizar su formación como psicoanalista, luego reconoce en el tema de esa videoconferencia nuestra base en su teoría de la maduración humana. Podemos decir que él era un analista que tenía esperanza respecto a la naturaleza humana y a la capacidad del ser humano para desarrollar su potencial, venir a ser, crear – condiciones necesarias para el enganche en la vida – cuando tiene la “suerte” de contar con cuidados suficientemente buenos de alguien que se dedica activamente a él en el inicio de la vida. Creía además en la posibilidad de experiencias correctivas de fallas iniciales, a lo largo de la vida, sean aquellas proporcionadas por un tratamiento analítico, sea por oportunidades naturales que la vida ofrece.

Nos gustaría realizar nuestra presentación guiadas por dos interrogantes, que creemos ser de fundamental importancia para que desarrollemos el tema de esta videoconferencia:

¿Qué es la naturaleza humana?

¿Por qué el método de observación de bebés de Esther Bick es útil para que aprendamos sobre la naturaleza humana y la técnica analítica?

1- ¿Qué es la naturaleza humana?

En su libro titulado *Naturaleza Humana*, Winnicott (1990) la describe de modo más explícito como casi todo lo que poseemos, siendo esencialmente una tendencia innata a la integración en una unidad. El ser humano madura venciendo tareas en etapas, que la tendencia innata a la maduración establece a lo largo de la vida.

Por lo tanto, en el inicio, el bebé no es una unidad. Necesita contar con alguien que lo ayude a unirse/juntarse, integrarse, de lo contrario se deshace en trozos. Juntar los trozos no es algo natural.

El bebé es un vientre unido a un dorso, tiene miembros sueltos y, particularmente, una cabeza suelta: todas esas partes son reunidas por la madre que sujeta al niño y, en sus manos, ellos se convierten en uno (Winnicott, 1969/1994b, p. 432).

¿Cómo una estructura así de frágil podría sobrevivir si no gracias a la sustentación (*holding*) de un sofisticado complejo madre-bebé? Este complejo funciona con refinamiento tal que proporciona al bebé una ilusión de entereza, de modo que él no necesita saber que está hecho en trozos. Hablamos aquí de una relación que no es siquiera una relación a dos. Ella es, antes, un dos en uno peculiar.

Ese dos en uno ya venía constituyéndose por el *holding* físico del ambiente intrauterino. Con el nacimiento, hay una ruptura, un cambio de posición, tanto para la madre como para el bebé. Éste necesita realizar un cambio de un ambiente que le daba sustentación/contención máxima, a otro en el que está sujeto a sufrir “agonías impensables”, en función de las intensas

transformaciones fisiológicas y de la acción de la gravedad que pasa a incidir sobre él: caer por siempre, perder cualquier vestigio de contacto, ser hecho en trozos, morirse, morirse y morirse. Esas agonías son evitadas gracias a la sustentación de la madre en ese nuevo ambiente, por sus brazos, su mirada, su olor y su voz.

En ese periodo de dependencia absoluta, la madre sabe muy bien cuáles son las necesidades de su bebé, un saber que Winnicott nombró intuición materna, fruto de una identificación que la madre realiza con el bebé, que la capacita a comprender sus necesidades. Y completa diciendo que éste es un saber que los profesionales de salud jamás pueden tener, por más que se esfuercen, porque no pasaron por un aprendizaje de nueve meses sobre las necesidades inmediatas del bebé y cómo adaptarse a ellas.

Así, para que el bebé pueda iniciar su largo y solitario recorrido de maduración, es necesaria la adaptación de una madre que se dedica activamente a él, con una disponibilidad interna, una percepción sensible del bebé, que implica traducir/interpretar su gesto espontáneo. Es proporcionar al bebé una experiencia de ilusión de omnipotencia, en un periodo máximo de vulnerabilidad, que le va dando la sensación de dominio y de ser reconocido en su singularidad, un sentido de existir, recordando que

Cuando un bebé no tuvo una persona para juntar sus trozos, comienza con una desventaja en la tarea de integración del sí mismo y quizá no logre emprenderla, o no logre mantener su integración con confianza (Winnicott, 1945/1993e, p. 276).

2- ¿Por qué el método de observación de bebés de Esther Bick es útil para que aprendamos sobre la naturaleza humana y la técnica analítica?

Aprendí a controlar las tendencias especulativas y a seguir el consejo, no olvidado, de mi maestro Charcot: mirar las

mismas cosas, repetidas veces, hasta que ellas empiecen a hablar por sí mismas (Freud, 1914/1969c, p. 33).

El trabajo continuado de casi 30 años con el método de observación de bebés creado por Esther Bick en 1948, viene comprobando para nosotros su utilidad para desarrollar un mayor refinamiento de la capacidad de “escucha” de los fenómenos psíquicos primitivos, así como para desarrollar la capacidad receptiva y continente de los profesionales entrenados en el método. Este también hace posible al observador acompañar el desarrollo del bebé en su ambiente en los dos primeros años de vida, enfrentando, junto con la madre, el desafío de retroceder a estados primitivos y a la comunicación cenestésica, que provocan vivencias emocionales y sensaciones físicas intensas, sin palabras.

Aprendemos con las madres sobre las exigencias que representan para ellas abandonarse a ese estado de “locura normal”, vivenciar ese intenso proceso, la regresión física y emocional durante la gestación, parto y primeros meses de vida. Así, comprendemos cómo muchas madres evitan entrar en ese lugar, realizando un aborto o eligiendo no tener hijos, así como nosotros analistas, “por el método legítimo de elegir cuidadosamente un caso, evitamos el encuentro con aspectos de la naturaleza humana que estén más allá de nuestro equipo técnico” (Winnicott, 1954/1993, p. 460).

Creemos que la observación de bebés puede ser útil para vencer los desafíos y resistencias a entrar en ese lugar, haciéndose de mucha utilidad, por lo tanto, para el trabajo clínico, con sus fenómenos transferenciales/contratransferenciales para los que el *setting* interno del profesional/analista – su consistencia, confiabilidad, constancia y preocupación – se hace fundamental. En la evolución de su función, el observador acompaña la dolorosa salida del estado regresivo de la madre, con el crecimiento del bebé. Refina el proceso de discriminación

de las etapas del desarrollo común y aprende, así, a transitar en distintos niveles de la estructura psíquica, pudiendo dejarse usar conforme a las necesidades de cada etapa.

Después de un largo periodo de supervisión en el método estándar de observación de bebés, empezamos a realizar aplicaciones de ese método en distintos *settings*: ultrasonografías obstétricas –ultrasonido- (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000; Caron, Fonseca & Lopes, 2008; Caron & Fonseca, 2011; Caron & Lopes, 2015), centro obstétrico (Donelli, Caron & Lopes, 2012; Caron, Lopes & Donelli, 2013) y UCI neonatal (Moreira, Gerhardt, Steibel, Silveira, Caron & Lopes, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014).

El profesional previamente entrenado en el método lleva un *setting* interno perfeccionado, que se adapta a esos *settings* externos. Puede así ejercer una función terapéutica, en un verdadero ejercicio de psicoanálisis extramuros.

Realizamos, así, el primer estudio longitudinal (Caron & Lopes, 2014), extendiendo la observación a la gestación y al parto, hasta el tercer año de vida de 6 bebés, 2 singulares y 2 pares de mellizos.

El examen ultrasonográfico permite rápido acceso y entrada en el espacio intrauterino, lo que es facilitado por el *setting* mismo, con características semejantes al *setting* analítico. Las vivencias primitivas alumbran más fácilmente a la consciencia, convirtiendo el periodo prenatal en un espacio privilegiado para resurgir, revisar y reelaborar el pasado, pero también un desafío a la estructura psíquica en esa delicada transición a la parentalidad.

Los bebés traen consigo su herencia, lo que les es más característico. Los movimientos fetales son la primera expresión del gesto espontáneo, de la naturaleza humana. La secuencia de ultrasonografías permite visualizar la presencia de estándares de movimientos singulares que inmediatamente identifican a cada feto.

Confirmamos lo tan decisiva que es la presencia del ultrasonografista en su función terapéutica natural de integración durante la gestación. Presenta el feto, en un lenguaje claro, explica y contesta las cuestiones de los padres, “juntando las partes”, pudiendo así aliviar angustias primitivas y flexibilizar impresiones sobre el bebé. Observamos cómo cada relación padres-feto-ultrasonografista es distinta, única y dependiente de una compleja malla interactiva, desafiadora y desconocida.

Cuando llegan al parto, la madre y el bebé ya vencieron una etapa evolutiva importante – la gestación–, pero siguen teniendo que enfrentar el desafío vida-muerte y depararse con el desamparo y la dependencia mutua que caracterizaba la etapa anterior. Vivenciar la regresión física y emocional durante el parto es realmente un desafío máximo para la mujer en sus límites y flexibilidad en el transitar en distintos niveles de su estructura psíquica.

Es muy útil al profesional dejarse usar por las parturientes, desarrollar una capacidad empática, de identificación y complicidad con las mujeres, pudiendo ir más allá de la contención física y ofrecer un tipo de contención emocional similar a aquella exigida de la función materna, como ya lo subrayaba Bick (1986). Permanecer junto, escuchar, acoger y vivenciar las experiencias inconscientes de las parturientes, y no criticarlas, son aspectos de la postura del observador, que ejercen una función terapéutica, muy bienvenida en este momento desafiante en la vida de la mujer. Tanto las mujeres como la observadora disfrutaban de esa experiencia que, vivida semana tras semana, pudo adquirir algún sentido, y así resulta claro lo tanto que se puede salir enriquecido y modificado de ella.

Presentamos, a continuación, una síntesis de uno de los casos acompañados por nosotras, desde la gestación hasta el tercer año de vida.

Tania, Carlos y su hija Julia

Gestación y parto

La historia de Julia fue acompañada a lo largo de la observación de seis ecografías mensuales de la décima cuarta a la trigésima cuarta semana de gestación, una observación del parto y cuarenta y siete observaciones domiciliarias, hasta sus tres años de vida.

La primera impresión que la pareja, Carlos, 27 años, y Tania, 26, despertó en la observadora fue una extraña primera impresión de superficialidad, de “fachada”, que permaneció hasta el final de la gestación; si bien era agradable, provocaba asombro.

La reacción y el diálogo de la pareja ante la primera imagen son confusos.

“Aparece en el monitor la imagen del feto, rápidamente la mirada de la pareja se ilumina, se muestran casi eufóricos:

Madre: ¡Mira allí, bien!

Padre sonrío y dice: ¡Qué bien se mueve!

Madre: Se está moviendo, bien, mira.

Padre: Sí, lo sé”.

Se muestran afligidos, aturcidos, un poco esforzados ante la imagen, como si algo les apretara la garganta. Es una charla trunca, asustada. Muchas cosas se dicen en este corto diálogo, fuerte y expresivo, y otras tantas son omitidas.

Tania tiene dificultad de mirar, todavía confunde el adentro-afuera, y dice: *“¿Te lo imaginas de aquí a un tiempo en esa posición, aquí dentro?”*, apuntando a su barriga. Hablaba como si el feto estuviese afuera de su útero.

Apesar de que la observadora empezó el trabajo muy motivada, al transcurrir el examen escribe: *“Me siento afuera, confundida, con dificultad para entrar, a pesar de mi disponibilidad”*. Involucrada en ese

torbellino de sentimientos, ella se sorprendió de que ya en el primer examen, en una secuencia rápida de diálogos, se adelantó introduciendo el tema del alumbramiento, el hospital combinando detalles con el padre sobre cómo le avisaban a ella, números de teléfono, *“para que no hubiese problemas en caso de alguna urgencia”*, como si todo fuera a ocurrir de manera inmediata. Extrañamente ese tema se repetía en todos los exámenes, ora traído por la madre, ora por el padre, ora por la observadora.

La médica dice que el bebé pesa 241 gramos y la madre exclama: *“¡Cómo creció! ¡Engordó! ¡Pero si la vez pasada tenía 120 gramos!”* La expresión de la madre era siempre ambigua al respecto: por momentos se entusiasmaba, parecía algo bueno el aumento de peso, por momentos transmitía aflicción como algo malo. Es interesante cómo la observadora, involucrada en esa atmósfera emocional, siempre aumentaba el peso de la beba, describiéndolo en kilos. La madre, tensa, pregunta: *“¿Por qué cuando es tan pequeño, en la barriga, puede tragar y cuando está a término no?”* y el padre, simultáneamente, plantea el tema del parto, preguntando si solamente la observadora asistirá o si la ecografista estará también, como si el nacimiento fuera a ocurrir en cualquier momento.

En este caso, la ultrasonografista ejerció una función terapéutica natural de tranquilizar a la madre, mostrando las señales vitales del bebé (latidos cardiacos, movimientos), sus medidas, con calma y paciencia. Contestaba tranquilamente a las preguntas de la madre, por más raras que fueran: *“¿Cómo pueden tragar, no? ¿Ellos tragan por el cordón o por el líquido?”*

Al final del penúltimo examen, la observadora refiere como divertidas unas imágenes de Julia moviendo los pies: *“Abre los deditos, se mueve para arriba y para abajo, como para decir hola”*. Todos los presentes rieron mucho, parecían despedirse de esta etapa adentro del útero. La

médica señala el edema de los pies de la madre, indicando que ella debe consultar a su ginecóloga. El padre quiere programar la fecha del próximo examen, y la madre dice: “¿Será la última eco?” y, señalando con el dedo índice en mi dirección, dice, en un tono de intimidad: “¿Lista para asistir al parto?”. La observadora, sorprendida, dice: “Sí, estoy lista” y afirma que llegará una hora antes del parto.

En la última ecografía, en la semana treinta y cuatro de gestación, la observadora llega junto con la madre a la clínica y escribe: “Casi no la reconozco de tan hinchada”. Está en anasarca. Cuando ve a la observadora le da un fuerte abrazo. Le hacen una evaluación y comprueban que hay poco líquido amniótico, casi nada. La madre fue derivada a su obstetra que orientó la internación de Tania para encaminar el parto.

Como había dicho a la madre, la observadora estaba en el hospital una hora antes del parto. Los padres dicen que ya no quieren la filmación del parto porque va a ser cesárea y la madre completa: “Y yo que no traje ropa, no hice a tiempo el armario y la cuna, es que ella se adelantó”. Mientras preparan a Tania, otras personas salen de la sala de partos, quedando la obstetra, quien mira a la observadora y dispara: “De nada sirve luchar contra, es la naturaleza la que decide; ¿ellos te habrán contado que tuvieron un aborto y que un mes después quedó embarazada?. Si el otro bebé no hubiese sido abortado, completaría nueve meses ahora y estaría naciendo”. La observadora queda impactada, en shock. Se reveló, de golpe, el motivo de la aprehensión, de la ansiedad y de la inseguridad presentes durante todo el embarazo. La pareja se pone seria, se siente constreñida y la madre continúa mirando el monitor: “Creo que este aparato se volvió loco, cambia de números todo el tiempo. Ella llegó a 240 latidos por minuto”. Ella se queda pensativa: “Sólo salgo de aquí con ella en los brazos. Esa historia de dejarla aquí y que yo vaya a casa, ¡ni hablar!”

Después del parto, la enfermera llevó a la bebé rápidamente a la UCI neonatal, donde permaneció por una semana. La observadora se despidió de la pareja, agradeció por la posibilidad de observación y dijo que llamaría al día siguiente. Tania pidió que la observadora informe a los familiares que estaban esperando. Al relatar, la observadora nuevamente sobredimensiona el peso de la beba, diciendo que Julie pesó 2305 kilos. Como se dio cuenta, se justificó diciendo que veía a la bebé como una niña grande y fuerte, por eso aumentaba tanto su peso. Todos rieron.

Desde el período gestacional hasta el parto, acompañamos el desfase entre Tania y Julia, que tuvo que nacer antes de tiempo. El nacimiento tuvo un quiebre mayor en el ritmo madre-bebé debido a la pre-eclampsia, prematuridad, amenaza de muerte que provocaron un enorme desafío a esta díada en el sostén de la sobrevivencia y de la continuidad de ser, condición básica para el desarrollo humano.

El seguimiento domiciliario los tres primeros años de vida

Después del nacimiento, Julia permaneció siete días hospitalizada en la UCI. Como en todos los casos que participaron de nuestro estudio, la beba y los padres fueron seguidos por otra observadora en esta etapa y por otro grupo de supervisión. Ese segundo grupo no tuvo ningún conocimiento de qué pasó en la primera etapa. Por lo tanto, se inició una observación estándar.

La observadora de esta etapa hizo una rápida visita al hospital. Se sorprende porque no tiene el nombre de Julia en la puerta, y sí el nombre de un niño. Al entrar, ve una madre, con su marido y el bebé, y Tania rodeada de visitas alrededor de su cama. Ella transmite una sensación de incertidumbre, fragilidad y ambigüedad. Sin embargo, la observadora se siente muy bien

recibida y la empatía entre las dos es inmediata. Trae un regalo para el bebé, que también es muy bien aceptado por la madre. Dice que lo pondrá en la incubadora de la hija, puesto que esta no tiene ningún juguete con ella.

Algunos días después, ella llama por teléfono a los padres. La madre atiende con una voz radiante, feliz, diciendo que está llevando a Julia para la casa. Transmite alegría, seguridad, se expresó confiada, ahora con la bebé en brazos, en actitud diferente de cuando estaba hospitalizada.

Tres semanas después se hace un nuevo contacto con los padres y se arregla una fecha para comenzar la observación en la casa, sorprendentemente, en el día en que iba a ser el nacimiento de Julia. En esos cuarenta y cuatro días, creció siete centímetros y engordó un kilo. Está un poquito amarilla y parece incómoda; llora, se retuerce y se pone colorada.

Es muy interesante cómo queda enmarcada esa nueva etapa, y el uso que la madre hace de la nueva observadora, pudiendo ahora activamente hablar de una experiencia que fuera anteriormente vivida de modo pasivo, en la soledad. La madre lamenta que ella haya sufrido tanto y que sea tan “chiquitiiiiiiita”. Refiere la irritación de la hija durante los primeros días de hospitalización:

Ella se arrancaba todo, parecía que tenía rabia, no paraba. Hacía tanta fuerza con los bracitos y piecitos que se le marcaban las venas, por esto usaron las venas de la cabecita. Sufrió tanto, pobrecita, estuvo tan pinchada, tenía tres agujas en cada pie, tres en cada mano y en la cabeza.

Se van para el cuarto y Julia estaba llorando. Tania le entrega la hija a la observadora, sin vacilar, y sale. La observadora siente en la piel la dificultad de la madre de tomar en los brazos ese bebé totalmente extraño y frágil:

Me quedo sola con la bebé. Intento acomodarla lo mejor posible en mis brazos que parecen tan torpes para alzarla. Consigo llegar a una posición más cómoda para ella y para mí, con mi brazo izquierdo sosteniendo la colita, y con el derecho la cabecita, poniéndola de frente a mí. Percibo que su color es amarillento, le falta cabello del lado derecho de la cabecita y sus ojos me recuerdan a los portadores del síndrome de Down. Tal vez sean signos de prematuridad”.

En este momento, la madre también se ‘echa’ en los brazos de la observadora, que se volvió una figura importante para ella y para la relación con la bebé, dando sostén en la transición hacia la maternidad, ayudando a tejer un espacio de protección y confort para ambas, roto con la pre-eclampsia de la madre y el nacimiento prematuro de Julia. Tania usa la relación con la observadora para elaborar el trauma de la pérdida del líquido amniótico y nacimiento prematuro de Julia: repite en todas las observaciones el hábito de abastecer a la observadora de líquidos, agua, refresco, jugo, café, té.

Al relatar el acto de mamar de la beba, la observadora hace un acto fallido y escribe: “Julia habla cuando da de mamar, lo que parece incomodar a la bebé”. En el final de esa primera observación, la observadora hace otro acto fallido: “Julia tiene ganas de irse, pero siente dificultades”. Los notables actos fallidos en la escritura hablan de una relación de dependencia mutua, una regresión que une a la madre y a la hija, observadora y diáda madre-

bebé. Julia se pega al pecho de la madre, y Tania se pega a la observadora y habla mucho, tratando de elaborar las intensas vivencias de los últimos días. En la salida, relata:

Tengo la sensación de que estoy vacía, que mi cabeza está vacía y estoy sin cerebro. Me abate una desesperación de no acordarme de todo lo que se dijo, porque parece que estoy vacía.

Desde el inicio de las observaciones, la observadora empatiza, se identifica con la pareja y ayuda a ligar lo no ligado, a integrar lo no integrado. Es interesante como Tania tejía ropitas para Julia porque “no le dio tiempo para terminarlas, ella quiso venir antes”. Diseña lindas prendas para la bebé y dice que también se hará un abrigo para ella misma, para cuando vuelva a trabajar. Hacia los dos meses de Julia, la madre le ofrece a la observadora su lugar al lado de Julia y ella, más apartada, sigue tejiendo un saquito para la hija. Muchas veces queda retratada la relación madre-bebé, creativa, artesanal, única, que se viene desarrollando poco a poco y algunas traducciones del proceso de desarrollo rumbo a la integración que venía ocurriendo. Tania comenta:

“¿Ves?, es como yo te dije, ya hice las mangas, y ahora sólo tengo que coserlas, todavía tengo que hacer el cuello, después coso todo”.

Van en aumento los intentos de Tania de adaptarse a su hija, tomarla, tranquilizarla y albergarla. A los dos meses y cinco días, la observadora nota el crecimiento de la bebé cuando relata que el cochecito parece estar pequeño para su nuevo tamaño... creció cuatro centímetros, mide 53 centímetros y 4 kilos y 280 gramos” (2 meses y 5 días).

Es nítida la relación de confianza y respeto que se va construyendo entre ambas, luego de un período de rupturas y dudas, venciendo el pánico a la muerte. La madre tuvo que aguardar la salida de Julia del útero para entonces tomarla en brazos, dejando aflorar su capacidad de madre.

Comienzan a aparecer cambios claros en Julia y su madre: la bebé parece más liberada, diferenciada y su mamá también. Todo el contexto sufre alteraciones. A los tres meses y dos días, la observadora parece no asustarse más con los perros de la casa. Había un ritual con los perros que se repetía en todas las visitas domiciliarias: la observadora se anuncia en el portón y alguien, muchas veces la suegra, salía y sujetaba a los perros, para nuevamente soltarlos durante la observación y sujetarlos antes que la observadora saliera.

Tania recibe a la observadora con Julia en sus brazos. Ella tiene la cabeza erguida, alerta, observa todo a su alrededor. Mira firme a la observadora, quiere “conversar”: sonríe, mueve la boca emitiendo sonidos. Dice la madre: *“Ah, ella quiere conversar, el oficio de ella es conversar, tienes que verla, esta chiquita es conversadora”*.

La madre comienza a preparar Julia para su retorno al trabajo. Comienza a anticipar también el proceso de destete: *“Ya la estoy preparando, el mes que viene le empiezo a dar papilla para que no le dé tanto trabajo a la persona que la va a cuidar, ahora mismo ya está comiendo fruta pisada, como banana pisada con azúcar, y demás”*. Tania va a la cocina y vuelve trayendo en una mano una taza de té para mí y en la otra un biberoncito de té para Julia: *Tania coloca las manos de Julia en posición de agarrar la mamadera. La primera vez, Julia acerca mucho las manos y la mamadera se cae, se la vuelve a poner en la boca colocándole las manos en la mamadera pero Julia se reacomoda, posicionando una de las manitas abajo, sirviendo de apoyo y la sostiene por un buen tiempo. Cuando la mamadera de té se va terminando, Tania ayuda a la hija con la punta de su dedo índice. Tania me mira y sonríe, mira una vez a Julia y otra vez a mí.*

Cuando siente que la hija la está agarrando firme, suelta el dedo". Cuando Julia saca la mano de abajo, Tania le vuelve a poner la manito en el lugar. Julia retira la mamadera de la boca y se queda mirando a la madre.

En otro momento, aparece la tristeza y sentimiento de pérdida por separarse de la hija, pues se acostumbró y no quiere permanecer lejos de ella: *"Me dan ganas de seguir así, todo el día juntas... Va a ser difícil, ya me la imagino cuando empiece a gatear, a pararse, a dar los primeros pasitos, a hablar las primeras palabritas, sus gracias... perderemos todo eso, todo será acompañado por otra persona"*. Y se le ponen los ojos llorosos, se siente dividida y se nota que ha reflexionado mucho al respecto. Dice la madre: *"...se quedó mamando, no se despegaba, el seno estaba de este tamaño... imagínate cómo va a ser cuando vuelva a trabajar, ¿quién le va a dar la teta?"*. Tania sufre una especie de destete, como la bebé. Es un contexto complejo. Necesita trabajar para mantener la casa y la familia. Tania expresa, de forma muy clara, el drama de la maternidad, el exigente recorrido necesario para pegarse y luego separarse de la bebé, sin romper el hilo que las une.

Tania regresa al trabajo y, de los 4 a los 11 meses de Julia, sigue un periodo de inestabilidad y turbulencia familiar. La madre no tenía condiciones económicas para contratar a una niñera o ponerla en una guardería y pasó a depender de varios familiares, especialmente de la bisabuela materna, abuela paterna y tía de Julia. El lugar donde ella se sentía más segura era en la casa de la bisabuela, que ayudó a cuidar de Tania cuando era pequeña. Durante ese periodo, madre e hija muchas veces se quedaron varios días en su casa, que vivía en otra ciudad. La observadora acompañó a la pareja en este periodo de inestabilidad, aun no sabiendo el local de la observación, pues era comunicado en las vísperas.

Después de muchos intentos fracasados de garantizar una red de cuidados para la hija, Tania, de manera valiente, decide renunciar a su empleo y quedarse en la casa cuidando a Julia; para ello abre un espacio creativo de trabajo “dentro de su casa”, nunca antes imaginado.

Encuentra habilidad y placer por las artesanías y se ve naciendo, desarrollando y asumiendo una nueva profesión. Hace cursos, exposiciones y pasa a sustentar la casa con su trabajo. Es un claro resultado de su intensa vivencia y de las transformaciones sufridas en su trayectoria de gestar, parir y criar a su hija.

Ocurre un nítido y emocionante florecer de Julia y Tania. Las dos van creando y apropiándose de espacios, diferenciándose y presentándose como únicas, auténticas. Desde cuando Julia tenía seis meses, Julia aprendió a anidarse, a “hacer su propia cuchita”, expresión creada por la madre, con las mantas enrolladas alrededor suyo en la cuna. Fue un largo camino hacia la construcción de esa casa “cucha”, que se va ampliando y transformando, como veremos más adelante, en un “rincón” de juegos, espacio en la sala con almohadas, colchoneta y juguetes. Alrededor de los dos años de edad, Julia pasa a jugar en una “cabañita”, en su dormitorio. Es interesante ese cambio de un espacio compartido en la casa para un espacio propio dentro del dormitorio, resultado de la conquista de un espacio interno, propio, a lo largo de esos primeros tiempos de vida. En ese espacio propio, Julia tiene la posibilidad de ir administrando los dramas de su vida,

A medida que Julia se va desarrollando, la madre se va mostrando cada vez más como ella es: exigente, curiosa, independiente, determinada, creativa, valiente. Su autenticidad la lleva a expresar libremente sus afectos amorosos y agresivos, sus valores, límites y jerarquía en la relación con la hija.

Julia también se revela una niña inteligente, viva, creativa, combativa, muy atenta, revelando también un excelente desarrollo psicomotor. A partir de un año y tres meses, Julia

empieza el juego de dormir a su muñeca, y todas –ella, la madre y la observadora– participan del juego. Dibuja en su mesa de color rosado, acompañando a la madre en su trabajo. A partir de los 2 años de edad, incorpora en sus juegos la “Bruja Keka”, así como en todas las historias infantiles que pasa a contar a su manera. Mezcla las historias –Juan y María, Cenicienta, Caperucita Roja, entre otras– siempre corregida por los padres. Aprende a enfrentar a la madre y a ponerse frente a los conflictos que se presentan, usando su creciente capacidad de crear y jugar, así como creciente integración, con posibilidad de libre circulación de sus afectos, ansiedades, amor, odio.

Julia toma una muñequita, anda con ella un poco y viene hacia la observadora, dándosela para que le haga noni [...] toma dos muñecas más y las pone en el sofá donde está la observadora. Julia dice que es hora de dormir y que tiene una bruja. Se sienta con las muñecas abrazándolas porque la bruja va a llegar. Estira las piernitas para sentarse con las muñecas, apoyando su carita en ellas. La miro abrazada a las muñecas, sonrío. Tania y Carlos comentan que el trabajo de observación está terminando.

3- Consideraciones finales

Después de ese largo recorrido, podemos decir que aprendemos mucho con las madres y los bebés. Con frecuencia, nos olvidamos que la naturaleza no se alteró en ese corto espacio de tiempo registrado por la historia, a pesar de los avances tecnológicos: desde siempre frágil, con las mismas necesidades.

Ser acogido y reconocido en su singularidad es de las cosas más importantes para el ser humano y recordamos aquí una frase de Derrida, que se dedicó al tema de la hospitalidad al “extranjero”:

La hospitalidad pura consiste en acoger a aquél que llega antes de imponerle condiciones, antes de saber indagar lo que sea, aunque sea un nombre o un “documento” de identificación (Derrida, 2001, p. 250)

El bebé exige un esfuerzo de comprensión y acogida, todavía más considerando que

El único pasaporte con el que el bebé llega a las barreras aduaneras es la suma de las características heredadas y de las tendencias innatas en el sentido del crecimiento y del desarrollo que pueden incluso nunca ocurrir, a pesar de las buenas tendencias (Winnicott, 1969/1994a, p. 199).

Tenemos que respetar la naturaleza humana, permitir su expansión creativa, no destruirla o domesticarla con nuestras “intervenciones tecnológicas”. El espacio psíquico, interno, necesita tiempo y espacio para constituirse, eso es, de un continente proporcionado inicialmente de fuera, por alguien que quede emocionalmente disponible para el bebé. Esa disponibilidad interna, tan necesaria para el ser humano comenzar a existir, está amenazada de extinción en los tiempos actuales de aceleración, en que el tiempo y el espacio se convirtieron en “artículos de lujo” (Enzensberger, 1997).

La maternidad es una “expedición arriesgada” y pensamos cómo el proceso analítico es similar: delicado, sutil, desafiador y también sin garantías de alcanzar su objetivo. Por otra parte,

ambos traen necesariamente transformaciones. Es grande la alegría de convertirse en un “abrigo de emociones” que se relacionan con las verdades inconscientes más íntimas que son traducidas, transformadas y compartidas, sea en el cuidado de la madre con su bebé, sea del analista con el paciente. Ese trabajo creativo permite que ambos, madre y analista, integren experiencias nuevas, expandan su mundo interno y alcancen vivencias y sensaciones intensas y primitivas de felicidad, de estar vivo, en el contacto directo con la propia verdad inconsciente. Así, parafraseando Edna Vilete, podemos decir que el trabajo creativo del psicoanalista y de la madre con su bebé pertenecen a la misma *playa de mundos sin fin* (Tagore) donde los niños juegan (Vilete, 2013, p. 20).

Referencias

Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.

Bick, E. (1986). Further considerations of the function of the skin in early object relations – findings from infant observation integrated into child and adult analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 2, 292-299.

Caron, N. A., Fonseca, M. M. & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação na ultrassonografiaobstétrica. In N. A. Caron (Org.). *A relação paisbebê: da observação à clínica* (pp. 178-206). Casa do Psicólogo. São Paulo.

Caron, N. A., Fonseca, M. & Lopes, R. C. S. (2008). The baby and his majesties:some considerations on human helplessness. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*. 11 (1), 67-75.

Caron, N. A. & Fonseca, M. (2011). A presença de irmãos no exame de ultrassonografiaprénatal. *Revista de Psicanálise da SPPA*. XVIII (2), 417-442.

Caron, N. A., Lopes, R. C. S., Steibel, D. & Donelli, T. S. (2012). Writing as a challenge in the observer’s journey through the Bick method of infant observation. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*,15(3), 221-230.

Caron, N. A., Lopes, R. C. S. & Donelli, T. S. (2013). A place where verbalization has no meaning. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*, 16 (2), 170-182.

Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense.

Caron, N.A. & Lopes, R.C.S, (2015). When the internal setting becomes more important than the therapist/analyst's interpretative capacity: extending the infant observation method to the prenatal and perinatal period. *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 18(1).

Dérrida, J. (2001). *Papel Máquina*. São Paulo: Estação Liberdade.

Donelli, T.S., Caron, N.A. & Lopes, R.C.S. (2012). A experiência materna do parto: confronto de desamparos. *Revista de Psicanálise da SPPA*, XIX (2), 395-414,

Enzensberger, H. M. (2003). *Ziguezague*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969c). A história do movimento psicanalítico. In: *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. XIV, pp. 12-82). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Moreira, C. I., Gerhardt, C., Steibel, D., Silveira, F., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S.(2011). A impossível tarefa de segurar o sol com a mão. *Revista de Psicanálise da SPPA*, XVIII, 237-254.

Steibel, D., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2014). An observer's intense and challenging journey observing the short life of an extremely premature baby in neonatal intensive care. *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 17, 233-247.
doi:[10.1080/13698036.2014.975544](https://doi.org/10.1080/13698036.2014.975544)

Vilete, E. (2013). *Sobre a arte da psicanálise*. São Paulo: Editora Ideias e Letras.

Winnicott, D. W. (1986a). A cura. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa* (P. Sandler trad, pp. 87-93). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970).

Winnicott, D. W. (1993c). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no *setting* analítico. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 459-482). Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A. (Trabalho original publicado em 1954).

Winnicott, D. W. (1993e). O desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (1994a). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D.W. Winnicott. *Explorações psicanalíticas* (J. O. A. Abreu, trad., pp. 195-202). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1969).

Winnicott D. W. (1994b). Fisioterapia e relações humanas. In D.W. Winnicott. *Explorações psicanalíticas* (J. O. A. Abreu, trad., pp. 427-432). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1969).