

LOS TIEMPOS DEL SUJETO EN BEBÉS HOSPITALIZADOS

Carmen Nieto.

Lda. en Filosofía. Psicoanalista. FPB

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

Actualmente, gracias al avance de la técnica y a algunos descubrimientos científicos, es posible hacer vivir a recién nacidos con patologías graves, que en tiempos pasados hubiera significado su muerte segura.

En concreto, la sanidad española tiene profesionales con tal nivel de entrega y eficacia que han conseguido acabar con el mito de que hay que salir al extranjero para curarse.

Ahora bien, todos estos descubrimientos científicos puestos al servicio de la vida, se siguen aplicando sin una concepción holística de la cura; por lo que la disociación entre objeto y sujeto es llamativa y no sin consecuencias graves para el enfermo.

El punto de partida de esta disociación es el siguiente:

- Por un lado están los padres que quieren hacer algo por su hijo y depositan su confianza, entrando en transferencia con la ciencia médica. Pero el uso que hace la medicina de esta transferencia es que se apropia del objeto de estudio, el bebé, apartando a los padres y dejándoles sin participación en lo concerniente a su hijo, porque el discurso médico al uso anula al sujeto de tal manera que, ignora cuál es la aportación objetiva de los padres en la cura y son incapaces de ver que ellos mismos generan en sus pacientes la mayoría de las secuelas de las que luego se sorprenden. Los padres suelen terminar en una sala de espera, con comentarios como: “sí, un momento, ahora no puedo atenderles, esperen estamos haciendo una prueba a su hijo, todavía no es la hora de visita, hoy no es el día de hablar con los padres etc.” En definitiva unos padres, mudos, desorientados y llenos de angustia.
- Por otro lado, está el bebé tomado como organismo con patología al que hay que curar. Muy a menudo, para curar estas patologías hay que operar, poner vías, drenajes etc. Y, como se privilegia la salud de lo orgánico, estos pacientes chiquitos son atados para que no se arranquen ningún aparato, el chupete se les sujeta con una toalla para que no se les separe de la boca y no lloren, sólo pueden recibir la visita de los padres a unas horas determinadas y los momentos donde el bebé hubiera necesitado la asistencia no médica y/o presencia de sus padres, o no se observan, o son silenciados. Con esta forma de tratar el objeto de estudio, pareciera que alguien pudiera ir a un hospital, dejar su corazón para ser operado y decir que lo recogerá a la vuelta de las vacaciones.

CASO CLÍNICO

Sara es un bebé que nace con un tumor cerebral, con el pronóstico de que morirá en poco tiempo. Sus padres, a pesar de ello, buscan un médico que se atreva con el caso y lo encuentran, un neurocirujano infantil que dice “vamos a intentarlo”. En el hospital es ingresada durante diez días para hacerle todas las pruebas pertinentes. Su madre sólo

puede verla cada tres horas para darle de mamar. Hay una semana de espera que Sara pasa con sus padres en casa antes de ser operada, donde fue mimada, cuidada, y visitada por toda la gente a quien le importaba.

Cuando Sara es llevada de nuevo al hospital rompe a llorar y, al ir a ser depositada en la incubadora, su madre se nota la mano mojada. Cuando la mira ve que la niña está chorreando caca. Hay que bañarla y cambiarla de arriba abajo.

Este acontecimiento de pánico en la niña es el que va a marcar la actitud de los padres. Desde ese momento en adelante no van a aceptar el horario tan restringido y cogerán a su hija cuando les parezca oportuno y no solo cuando se lo permitan las enfermeras. Esto provoca una relación tensa entre los padres y parte del cuerpo sanitario, salvo algunas individualidades que se reconocen totalmente de acuerdo con la conducta de los padres.

1^{er} momento: operación y Unidad de Cuidados Intensivos

Es operada con éxito, en el sentido de que no murió en el quirófano. Cuando la devuelven a la UCI está totalmente sedada con la cabeza vendada, respiración asistida, y su cara está completamente hinchada y amoratada. Es alimentada por vía parenteral y varios paneles sostienen las medicaciones que recibe. Al segundo día se le retira el respirador, que le ha dejado la garganta totalmente irritada. Se le suministra el primer biberón, que no puede comer, porque al intentar tragar se deshace en lágrimas. Después de ese biberón, la ingesta de biberones se hace progresivamente normal y reaparece el chupeteo.

2^o momento: traslado a Unidad de Vigilancia Intensiva

A los seis días abandona la UCI y es trasladada a otra Unidad donde están los niños necesitados de cuidados permanentes, como los prematuros.

En esta etapa en que Sara es cuidada mientras le cicatrizan los puntos, sus padres para poder estar más con ella tienen que enfrentarse al personal sanitario, llegando a darse situaciones límite. Todavía tiene momentos de irritación y de llanto, que la madre hace observar llamando a los médicos, pero éstos no le dan importancia y al cabo de siete días se le da el alta.

3^{er} momento: anuncio de la muerte de Sara

Al día siguiente de salir del Hospital, la pequeña llora sin parar, es llevada a Urgencias y presenta una hidrocefalia. Le colocan válvulas internas de drenaje en el cerebro, pero se genera una infección en el cerebro de la pequeña. Se le opera, pero ya sin apenas esperanzas de salvación. A la salida del quirófano, el cirujano consuela a los padres y les comunica que lamentablemente las cosas no han ido bien. Los médicos dicen que en horas Sara tendrá un paro respiratorio y que a partir de ahí se desencadenará una serie de anomalías que producirán la muerte de la pequeña. Los padres no desean que se le ponga respiración asistida, sino que sea sedada lo antes posible para evitarle sufrimientos innecesarios. Pero como la pequeña, aunque inconsciente, todavía está viva, los padres le siguen hablando, le piden que se quede, que siga luchando, que la quieren mucho y que no quieren perderla. Le cuenta lo que hacen cada día, le describen su carita, sus manos, sus gestos y le dicen monerías sin parar. La madre sigue congelando su leche, a pesar de que le preguntaran que si está segura de querer seguir, porque ya no hay posibilidades para Sara.

4º momento: Despedida

A pesar de los drenajes, de todos los tubos y sondas, a pesar de que los médicos ven señal de muerte inminente, los padres siguieron haciéndole carantoñas, hablándole al oído cosas agradables y cogiéndole sus manitas y acariciándole el cuerpo, dado que no podían cogerla en brazos. En respuesta a la petición de los padres, Sara va a ser desconectada y trasladada a una habitación madre-hijo para que pueda morir con más intimidad y rodeada de su gente. Es bajada a la habitación y esa tarde los padres se dedican a dejarla disfrutar del silencio, de la ausencia de sonidos de aparatos médicos, dado que Sara dio muestras de sorpresa al sentir que los ruidos habían cesado y le pusieron una pieza de música clásica, que hace que Sara comience a mover su cuerpo con placer buscando la música.

Al día siguiente su madre pone música más movida y comienza a bailar delante de ella animándole a que haga lo mismo, poco a poco Sara mueve sus brazos hacia arriba y hacia abajo y esto es visto por una enfermera que se lo comunica a los médicos, quienes empiezan a desfilar por la habitación sin dar crédito a lo que ven, calificando el caso de milagroso. El cirujano que al salir del quirófano le dijo a los padres que las cosas habían ido mal, ahora decía "es la primera vez en mi vida profesional que veo un caso como este".

5º momento: resurrección de Sara

Ante la sorpresa de que Sara no ha muerto y con la entrega y el sentido de responsabilidad que caracteriza a los médicos, éstos vuelven a intentar implantarle de nuevo una válvula de drenaje interno. De esta manera Sara conseguiría independizarse de los drenajes externos que la tienen postrada en la cuna.

Se realiza la implantación de la válvula con éxito y recibe el alta. Esta vez definitiva, pues después de esos cuatro meses, Sara no ha vuelto al hospital más que para revisiones rutinarias.

De Sara se dice a fecha de hoy que es un "caso milagro".

SEGUNDA PARTE

TIEMPOS DEL SUJETO

El verdadero milagro de este caso es el haber creído en la ciencia médica y en el significante como un todo y haber luchado con firmeza por hacer uso del segundo como parte de la cura. Françoise Dolto dice que el bebé posee una especie de cinta magnetofónica donde se va grabando todo lo que vive, aunque no pueda dar cuenta de ello conscientemente y que, por tanto, hay que hablar al bebé con palabras sencillas de todo lo que le concierne.

Acompañar a Sara en lo real de su organismo con significantes referidos a ella y a su circunstancia le ha permitido, y se verá en el futuro:

- Percibir que no había venido al mundo en un deseo anónimo
- Tener experiencias de satisfacción, tan importantes en la etapa oral, donde tendrán que ser alucinadas las huellas mnémicas para el establecimiento del deseo

- Establecer la separación entre el lo orgánico y el tener un cuerpo.

Se puede decir que hay tres elementos de la estructura que se ponen en juego en la hospitalización de un neonato:

- 1º Todo el proceso va a transcurrir en la etapa oral,
- 2º En esta etapa habrá de ocurrir la experiencia de la alucinación del deseo
- 3º El estadio del espejo como horizonte.

Y tres tiempos diferentes en el proceso de curación

1º Tiempo de ver: Necesidad

Pasivo. Es el momento en el que el bebé es tratado como puro objeto de la ciencia, donde será intervenido, y sometido a múltiples pruebas diagnósticas antes de la intervención, con una invasión manipulativa y cotas de sufrimiento corporal real muy altas. Berreo.

2º Instante de comprender: Demanda

Activo. Es el momento de la convalecencia. Aquí el bebe reacciona activamente contra médicos y personal sanitario. Los reconoce y no se deja manipular con la pasividad de la primera etapa, rechaza el alimento con contundencia cuando no tiene hambre y es capaz de cambiar el alimento por las palabras del Otro. Grito

3º Momento de concluir: Deseo

Este tercer tiempo se continúa después del hospital. Será un tiempo en el que el bebé demandará significantes para simbolizar un saber que ya tiene. Por ejemplo, se pasará la mano, o el dedo por la cicatriz, con algún sonido de balbuceo. Si no se le da respuesta, o se le intenta ocultar lo sucedido, como si al no hablar el niño no supiese nada, éste se enfadará, llorará, o se quedará ensimismado. Balbuceo.

ESTADÍO DEL ESPEJO:

En esta etapa última es donde se juega la posibilidad de que en el futuro de este sujeto, que está por construirse, pueda aparecer parte de lo que haya sido traumático como elementos *reprimidos* que se repitan en la cadena significativa, puesto que será la única manera de elaborar algo con ello que no sea mortífero. Si un bebé no se reconoce en el espejo sobre los seis meses de edad, podemos augurar los peores pronósticos para él.

CONCLUSIÓN

La clave de que sea tan importante la atención psíquica en el propio hospital, no es tanto que allí mismo quede todo resuelto, como el hecho de que si no se proporcionan desde el primer momento los significantes, que más tarde van a permitir a ese sujeto poner orden en lo que ha vivido. Si no se proporcionan en esa etapa oral, después la posibilidad habrá quedado forcluida. Acompañar a un bebé en el hospital no es suficiente, pero sí necesario, para trabajar en contra de las psicosis hospitalarias.

Afirma Lacan “*Si el médico debe seguir siendo algo, que ya no podría ser la herencia de su antigua función que era una función sagrada, es para mí, continuar y mantener en su vida propia el descubrimiento de Freud*”.

Entonces, y siguiendo la propuesta de Lacan, ¿cómo crear, desde el psicoanálisis, el diálogo con el discurso médico, que haga que esto sea posible?.

BIBLIOGRAFÍA:

- Dolto, F. (2006). *Obras escogidas*. Barcelona: RBA
- Lacan, J. (1985). *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial
- Lacan, J. (1975). *Escritos I*. México: Siglo Veintiuno.
- Soler, C. (2006). *Los ensamblajes del cuerpo*. Colombia: Asociación Foros del Campo Lacaniano Medellín.