

Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque

MARIE-ROSE MORO*

RESUMEN

El buen trato es una palabra nueva que ha aparecido en nuestro vocabulario, un neologismo proveniente de su alter ego inglés. Es por tanto muy útil para pensar en la prevención y en el hacerse cargo de forma temprana y pluridisciplinar de los bebés, de todos los bebés, y de sus padres. Este buen trato nos pertenece a todos, médicos, comadronas, psicólogos y psiquiatras, enfermeras y a todos los profesionales de la Protección Maternal e Infantil (PMI) y de la pequeña infancia. Presupone también una cultura de la parentalidad, pues los padres tienen una parte activa en este buen trato que empieza por ellos y por la necesidad de sostenerlos, cuando sea necesario.

ABSTRACT

TREATING YOUR CHILDREN WELL, HERE AND THERE A NEW APPROACH. This paper examines how the way in which we think of children, on their needs and growth, influences the way we instruct them on life, school and also how we cure them. Different modalities of parental construction and of good childcare, here, there and in transcultural situations are considered. The author stresses that taking this cultural diversity into account is a major issue in current, and future, medicine and psychopathology. Good care is a process of accompaniment and treatment to be co-constructed with parents starting off from their own ingredients. KEY WORDS: sons of immigrants, maternity, cultural diversity, medicine, transcultural clinical practice, good care.

RESUM

Tractar bé els seus fills aquí i allà. Un nou enfocament. La forma de pensar en els nens, en les seves necessitats, en el seu creixement, influeix en la manera en com els ensenyem les coses de la vida, de l'escola, però també en com els curem. Examinem en aquest article diferents modalitats de construcció parental i de bon tracte cap als nois, aquí, allà i en situació transcultural. Cal recalcar que tenir en compte aquesta diversitat cultural és una qüestió major en la medicina i en la psicopatologia d'avui i de demà. El bon tracte és un procés d'acompanyament i de cura per coconstruir amb els pares i a partir dels seus propis ingredients. PRAULES CLAU: fills d'immigrants, maternitat, diversitat cultural, medicina, clínica transcultural, bon tracte.

La toma de consciencia de la socialización por la sociedad no será completa más que por la educación de los padres en vista de la parte incomprensible que les corresponde en el proceso. El apoyo a la parentalidad no ha hecho más que empezar. Gauchet (2004)

El buen trato es una palabra nueva que ha aparecido en nuestro vocabulario, un neologismo proveniente de su alter ego inglés. Es por tanto muy útil para pensar en la prevención y en el hacerse cargo de forma temprana

y pluridisciplinar de los bebés, de todos los bebés, y de sus padres. Este buen trato nos pertenece a todos, médicos, comadronas, psicólogos y psiquiatras, enfermeras y a todos los profesionales de la Protección Maternal e Infantil (PMI) y de la pequeña infancia. Presupone también una cultura de la parentalidad, pues los padres tienen una parte activa en este buen trato que empieza por ellos y por la necesidad de sostenerlos, cuando sea necesario.

**Profesora de psiquiatría del niño y del adolescente, Universidad de Paris 13, Francia. Jefe de servicio del Hospital Avicenne, Bobigny, Francia. Directora de la revista transcultural L'autre. Directora del Centro de Investigación en Clínica Transcultural, Serge Lebovici (Paris 13). www.clinique-transculturelle.org
Correspondencia: marie-rose.moro@avc.apbp.fr*

Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque

La cultura de la parentalidad toma el sentido de los psicoanalistas, los psicólogos, psiquiatras o neuropsiquiatras, pero también de los filósofos (Gauchet, 2004), docentes, educadores, políticos, incluso es el desafío del siglo veintiuno. Es por tanto la profesión más vieja del mundo, la más universal y la más compleja sin lugar a dudas; puede que incluso la más imposible, pero también la más diversa (1). Lo importante, estaríamos tentados a decir, es hallar su propia manera de ser padre, de transmitir los lazos, la ternura, la protección de sí y de los otros, la vida. La parentalidad, es una palabra extraña, que hemos forjado en diferentes lenguas estos últimos años a partir del vocablo inglés; tenemos de hecho un neologismo en francés pero también en español, en italiano y sin duda en otras lenguas. Como si hubiéramos tomado consciencia recientemente, en definitiva, que tenemos una joya preciosa entre las manos, que todos los padres del mundo la tienen. Constatamos también que algunos de ellos, demasiado vulnerables o puestos en situaciones difíciles –a veces incluso inhumanas–, están tan ocupados en encontrar estrategias de supervivencia, en todos los sentidos del término –supervivencia psíquica o supervivencia material– que tienen dificultades para transmitir; más aún, que se encuentran solo con la posibilidad de transmitir nada más que la precariedad del mundo y sus complejidades.

De ahí la importancia de estudiar las situaciones de las migraciones que conllevan transformaciones para los padres y, a veces, rupturas que vuelven más complejas el establecimiento de una relación papás-bebés, si no se tiene en cuenta la variable "migración". Ahora bien, las migraciones forman parte de todas las sociedades modernas, múltiples y mestizas, y deben ser, pues, objeto de nuestra preocupación clínica. Tanto que a partir del momento en que tenemos en cuenta esta variable, el riesgo se transforma en potenciales creativos, ya sea para los niños y sus familias como para los profesionales sanitarios, tal como vamos a mostrar a partir de la experiencia francesa de acogida y de cuidados de los bebés (Moro, 2002, 2005). Comprender mejor, ocuparse mejor, acoger mejor a los migrantes y sus hijos en Europa, tal es la postura de una prevención y de una clínica precoz recomendada en la sociedad actual.

Los ingredientes de la parentalidad

No se nace siendo padres, uno se hace... La parenta-

lidad se fabrica a base de ingredientes complejos. Algunos son colectivos, pertenecen a la sociedad entera, cambian con el tiempo, son históricos, jurídicos, sociales y culturales. Otros son más íntimos, privados, conscientes o inconscientes, pertenecen a cada uno de los padres, en tanto que persona y futuro padre, a la pareja, a la propia historia familiar del padre y de la madre. Aquí se juega lo que se transmite y lo que se esconde, los traumas infantiles y la manera en la que cada uno los ha resuelto. Y luego, hay otra serie de factores que pertenecen al hijo mismo, que transforma sus progenitores en padres. Algunos bebés están más dotados que otros, algunos nacen en condiciones que le facilitan a los padres su labor, otros por sus condiciones de nacimiento (prematuridad, sufrimiento neonatal, incapacidad física o psíquica, etc.) deben vencer más obstáculos y desplegar estrategias múltiples y a menudo costosas para entrar en relación con el adulto estupefacto.

El bebé, lo sabemos desde los trabajos de Cramer, Lebovici, Stern y bastantes otros, es un *partenaire* activo de la interacción padres-hijos y, por tanto, de la construcción de la parentalidad. Contribuye a la emergencia de lo paternal y de lo maternal en los adultos que lo rodean, que lo llevan, que lo nutren, y que le procuran un placer en el intercambio de actos y afectos que caracteriza los primeros momentos de la vida del niño.

Hay mil y una maneras de ser padre y madre como lo muestran los numerosos trabajos de sociólogos y antropólogos (Lallemand, Journet, Ewombe-Mounde, 1991). Toda la dificultad reside pues en el hecho de dejar sitio para que emerjan estas potencialidades y que los profesionales nos abstengamos de creer que sabemos cual es "la mejor manera de ser padre o ser madre". Pero es un trabajo arduo, ya que la tendencia natural de todo profesional es pensar que sabe más que los padres de como cuidar al niño, de cuales son sus necesidades, lo que él espera, etc. Nuestro rol se pasa entonces no por decir como hay que ser o como hay que hacer, sino en permitir que afloren las capacidades de los padres y que los apoyemos. Elementos sociales y culturales forman parte por tanto en de fabricación de la función parental. Los elementos culturales tienen una función preventiva permitiendo anticipar como será hecho de ser padre y, si es necesario, dar un sentido a los avatares cotidianos de la relación padres-hijo, de prevenir que se instale el sufrimiento. Los elementos culturales se mezclan y se entrelazan con los elementos individuales y familiares de

forma profunda y precoz. Aún cuando creíamos haberlo olvidado, el embarazo, por su carácter iniciático, nos hace volver a la memoria nuestras pertenencias míticas, culturales, fantasmáticas. ¿Cómo protegernos en el exilio? ¿Cómo tener buenos hijos? Aquí en nuestro medio, no hay que anunciar el embarazo, en otros sitios, hay que evitar el comer ciertos pescados o tubérculos que se reblandecen al hervirlos. En otros lugares, no dejan que el marido coma cierto tipo de carnes mientras la mujer está embarazada... Más lejos, hay que guardar los sueños, interpretarlos y respetar las demandas hechas en el sueño ya que es el niño el que habla. Estos elementos del orden de lo privado en el exilio —que no son compartidos con la sociedad de acogida— a veces se oponen a las lógicas exteriores médicas, psicológicas, sociales y culturales. Luego viene el momento del parto, momento técnico y público —se pare en el hospital sin los suyos—. Aquí también, hay mil y una maneras de parir, de recibir al niño, de presentarle el mundo para después pensar en su alteridad, a veces incluso en su sufrimiento. Todas estas pequeñas "nadas" reactivadas en situaciones de crisis, reaviven unas representaciones a veces dormidas o que creíamos haber dejado atrás.

En el nombre de una universalidad vacía y de una ética reduccionista, ya sea social o cultural, no integramos estas lógicas complejas en nuestros dispositivos de prevención de cuidados y en nuestras teorizaciones. Rara vez nos interrogamos sobre la dimensión cultural de la parentalidad pero sobre todo, no tenemos en cuenta que estas maneras de pensar y hacer son útiles para establecer una alianza, comprender, prevenir, cuidar. Estimamos que la técnica está desnuda, sin impacto cultural y que basta aplicar un protocolo para que el acto sea correctamente realizado.

Sin embargo, y varias experiencias clínicas lo muestran (Moro et al., 2005), estas representaciones compartidas son de una eficacia segura. Desde de un punto de vista teórico, renuevan nuestras maneras de pensar, nos obligan a descentrarnos, a complejizar nuestros modelos y a desistir de nuestro juicios tempranos. Pensar esta alteridad, permite a estas mujeres vivir las etapas del embarazo y de la parentalidad de forma no traumática y de familiarizarse con otros pensamientos, otras técnicas. Ya que la migración arrastra con ella esta necesidad de cambio, ignorar esta alteridad no sólo es privarse del aspecto creativo del encuentro, también es arriesgarse a que estas mujeres no se inscriban en nuestros sistemas

de prevención y de cuidados es, en definitiva, forzarlas a una soledad de pensamiento y de vida —para pensar, necesitamos co-construir juntos, intercambiar, confrontar nuestras percepciones a las del otro—. Si esto no es posible, el pensamiento no se apoya más que sobre él mismo y sus propios sentidos. Esta no-confrontación puede también conducir a una rigidez, a un repliegue psíquico e identitario. *Es el intercambio con el otro el que me modifica.*

Transparencia psíquica/transparencia cultural

Lo sabemos, fuera de estas dimensiones sociales y culturales, esta función maternal y paternal pueden ser afectadas por los avatares del funcionamiento psíquico individual, por los antiguos pero no aplacados sufrimientos que reaparecen de manera a menudo brutal en el momento de la puesta en marcha de su propia descendencia: todas las formas de depresión del posparto, de las psicosis que conducen al sinsentido y al vagabundeo. La vulnerabilidad de las madres, de todas las madres, en este periodo es bien conocida ahora y teorizada en particular a partir del concepto de "transparencia psíquica" (Bydlowski, 1991). Por transparencia se entiende el hecho que en el periodo perinatal el funcionamiento psíquico de la madre es más legible, más fácil de percibir que de costumbre. En efecto, las modificaciones del embarazo hacen que nuestros deseos, nuestros conflictos, nuestros movimientos se expresen más fácilmente y de manera más explícita. Por otro lado, revivimos conflictos infantiles que son reactivados en particular las resurgencias edípicas. A continuación, el funcionamiento se hace opaco de nuevo. Esta "transparencia psíquica" es menos reconocida por los padres quienes, sin embargo, atraviesan ellos mismos múltiples turbulencias ligadas a las reviviscencias de sus propios conflictos, a la puesta en juego de su propia posición de hijo y al pasaje de hijo a padre. Ellos lo reviven y lo expresan más directamente que de costumbre. El periodo perinatal autoriza una regresión y una expresión que les son propias.

El exilio no hace sino potencializar esta transparencia psíquica que se expresa en ambos padres, de manera diferente a nivel psíquico y cultural. A nivel psíquico, por la reviviscencia de los conflictos y la expresión de las emociones. A nivel cultural, por el mismo proceso pero aplicado esta vez a las representaciones culturales,

Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque

a las maneras de hacer y decir propias de cada cultura. Todos estos elementos culturales que pensamos que pertenecen a la generación que nos precede, se reactivan y se vuelven de golpe importantes y valiosos; cobran de nuevo vida para nosotros. Conviene entonces aquí proponer la imagen de "transparencia cultural" para pensar e imaginar por lo que pasan los padres. La relación con la cultura de sus padres se encuentra modificada y por ello mismo con sus propios padres.

Para una prevención precoz de los avatares de la parentalidad

En esta realidad donde diferentes niveles interactúan entre sí, la dimensión psicológica tiene un lugar específico en términos de prevención y de cuidados. La prevención, en efecto, empieza desde el embarazo, hay que ayudar a las madres en dificultad a pensar en su bebé que va a nacer, a investirlo, a acogerlo a pesar de la soledad en la cual ellas viven, soledad social pero más existencial aún. La cultura compartida permite el anticipar lo que va a pasar, pensarlo, protegerse. Sirve de soporte para construir un lugar para el niño que va a llegar. Los avatares de esta construcción del vínculo padres-hijo encuentran en la experiencia del grupo social los núcleos de sentido que, en la migración, son mucho más difíciles a aprehender. Los únicos puntos fijos son entonces el cuerpo y el psiquismo individual, todo el resto se torna inestable y precario. Para los otras, las mujeres autóctonas en ruptura social, igualmente aisladas, se encuentran, ellas también, solas para hacer todo el trabajo de humanización del bebé, propio de todo nacimiento –el niño es un extranjero que hay que aprender a conocer y reconocer–.

En el momento del periodo perinatal, los ajustes son necesarios entre la madre y el bebé pero también entre el hombre y la mujer. Las disfunciones son posibles, a veces inevitables, pero a menudo transitorias si se interviene suficientemente pronto. Por esto, hay que descubrirlas bajo traducciones somáticas o funcionales, demandas a veces difíciles de formular ya que no se sabe a quien dirigir las o como debe hacerse. Hay que aprender entonces a reconocer el desarrollo y la duda de las madres migrantes a través de pequeñas cosas (quejas somáticas, quejas en relación al bebé, demandas de ayuda social, etc.). Pero, sobre todo, hay que permitir decirlo en su lengua cuando sea necesario, a través de la

intermediación de otras mujeres de la comunidad.

La prevención precoz se sitúa desde el inicio de vida en los centros de Protección Maternal e Infantil (PMI), los servicios de maternidad y de pediatría, en los lugares de acogida de los más pequeños, en las consultas de los médicos de familia, en los lugares de neuropsiquiatría infantil. Esta prevención durante el periodo perinatal es crucial para el desarrollo del bebé; pero también, porque en este preciso momento se construye el lugar del niño en la familia.

Prevención, ciertamente; pero cuidados, también. Las dificultades cotidianas con las familias migrantes o las familias socialmente desfavorecidas y sus hijos, nos apremian a modificar nuestra técnica de cura psicológica y nuestra teoría para adaptarlas a estas nuevas situaciones clínicas cada vez más y más complejas –nuestras maneras de hacer, pero también nuestros modos de pensamiento (Real et al, 1998). Se trata entonces de modificar su propio encuadre para acoger de manera adaptada estos niños y sus padres o de derivarlas a una consulta especializada, si procede, en el caso de una red que permita unos nexos, unas idas y venidas, entre dos lugares de prevención y de curas, dentro de una complementariedad necesaria.

El objetivo es permitir a este padre el pasar de dentro afuera que le asusta y de ser, según la bella metáfora de Michel Serres, "el que trabaja para recoser localmente dos mundos separados [...] por una súbita parada, la cisura catastrófica acumulando los muertos y los naufragios: la catástrofe" (Serre, 1977). Así pues, este obrero "entrelaza, tuerce, reúne, pasa por encima, por debajo y reanuda, lo racional y lo irracional, lo decible y lo indecible, lo comunicable y lo incommunicable" (Serre, 1997). Estamos aquí en el corazón del mandato transgeneracional, del cual vamos ahora a definir los elementos.

El árbol de la vida

"Cada uno de nosotros es portador de un mandato transgeneracional: se puede decir que nuestro «árbol de vida» sumerge sus raíces en la tierra regada de la sangre que las heridas provocadas por los conflictos infantiles de nuestros padres han dejado caer. No obstante, estas raíces pueden dejar al árbol de la vida desarrollarse mientras no estén enterradas bajo las profundidades de la tierra y por tanto inaccesibles. En general y esto es afortunado, la filiación marcada por conflictos neuróti-

cos, no prohíbe el proceso de afiliación cultural" (Lebovici, 1995). El árbol de vida del niño, es decir el mandato que le es atribuido en la transmisión transgeneracional permite entonces entrar en su vida psíquica la generación de los abuelos a través de los conflictos infantiles de sus padres y que esos conflictos sean pre-conscientes o rechazados. Conflictos más actuales, y en particular traumas, pueden también inscribirse en este árbol de vida, hechos que por supuesto a veces vuelven a dar un sentido a destiempo a conflictos o momentos traumáticos infantiles. Es el caso, por ejemplo, de los traumas migratorios. Cuando el peso de la transmisión es demasiado pesado y su traducción demasiado directa, la filiación se transforma para el niño en una "patología del destino" (Coblence, 1996). Tenemos entonces "unos fantasmas en la habitación de los niños" (Fraiberg, 1999). Son visitantes que surgen del pasado olvidado de los padres y que no están "invitados al bautizo". En circunstancias favorables los fantasmas son expulsados de la habitación de los niños y retornan a sus dominios subterráneos. Pero, en ciertos casos desfavorables, estas representaciones del pasado en el presente invaden la casa y se instalan afectando gravemente la relación de la madre con el lactante. Es aquí donde se sitúa el juego terapéutico, crear, co-crear –con la madre y su entorno a partir del niño *partenaire* activo en la interacción–, las condiciones necesarias para identificar estos fantasmas, más que cazarlos en realidad, negociar con ellos, de alguna manera, humanizarlos. Para fabricar lo humano a partir de sea cual sea el trauma, estando aquí la ruptura ligada al exilio. Analicemos algunas etapas claves para la madre migrante y su bebé y las implicaciones en términos de prevención.

Embarazo y parto en el exilio

Tradicionalmente el embarazo es un momento iniciático donde la futura madre es necesariamente llevada por las mujeres del grupo: acompañamiento, preparación para las diferentes etapas, interpretación de los sueños, etc. (Moro, 1994). La migración conlleva varias rupturas en este proceso de porte y de construcción del sentido. De entrada, una pérdida del acompañamiento del grupo, del apuntalamiento familiar, social y cultural, y una imposibilidad de dar un sentido culturalmente aceptable a disfunciones tales como la tristeza de la madre, sentimiento de incapacidad, interacciones madre-bebé disarmónicas, etc. Además, las mujeres son con-

frontadas a unas formas médicas de hacer que no respetan los medios de protección tradicional. Estas prácticas médicas occidentales son a veces, para estas mujeres, violentas, impúdicas, traumáticas, incluso "pornográficas" (varias de mis pacientes han utilizado esta palabra). He percibido con agudeza la importancia de la ruptura vivida por las mujeres migrantes embarazadas desde el mismo inicio de mi trabajo con ellas, hablo aquí de mujeres migrantes provenientes de regiones rurales del Magreb, del África negra, de Sri Lanka. Para las mujeres urbanas, estos procesos existen también con toda evidencia pero sin lugar a dudas de manera menos explícita.

Cada día es una vida

Recibo a Medina, una mujer soninké de Mali que me habían remitido por depresión posparto con elementos en apariencia delirantes pero que se transformaron, después de una evaluación transcultural, en la expresión cultural de una vivencia traumática. No había delirio, incluso si la expresión era singular, sólo el trauma. Medina es una magnífica mujer, grande y esbelta, con la mirada profundamente triste. En el momento de nuestro primer encuentro, ella viste un *bubú* amarillo limón y lleva un pañuelo del mismo color alrededor del pelo. Su rostro serio se halla cortado por escarificaciones rituales: un trazo vertical a nivel del mentón, dos trazos horizontales a nivel de los pómulos y un pequeño trazo vertical a nivel de la frente. Habla el soninké con un tono monocorde. De vez en cuando se vierten lágrimas por sus mejillas, ella las ignora y continúa hablando de su incompreensión total de lo que le pasó mientras su hijo Mamadú estaba todavía en su vientre. Ese día lleva a su hijo sobre su espalda. Tiene dos meses y es su primer hijo: el niño es muy pequeño, come mal, llora mucho, gime dolorosamente. No le pudo amamantar, se agarraba al pecho muy débilmente y, además, Medina estaba convencida de no tener leche o al menos una leche lo suficientemente nutriente para su bebé. Medina está en Francia desde hace un año, vino a reunirse con su marido que vive aquí desde hace ocho años.

Varios momentos pueden ejercer como verdaderas rupturas culturales y psíquicas para estas mujeres migrantes. Pero ante de analizarlos insistamos sobre el hecho que lo que es violento es el acto mismo efectuado sin preparación. Estos gestos técnicos están íntimamente ligados al contexto cultural occidental, pero para

Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque

aquellos que no lo comparten, estos actos se vuelven verdaderos inductores de rupturas psíquicas. Las mujeres pueden a penas anticiparlos y representárselos. La conclusión que se impone no es de privárselos, sería del todo intolerable desde el punto de vista ético y de la salud pública. Privárselos sería excluirlas una vez más de nuestro sistema de cuidados y contribuir a su marginación social. Al contrario, se trata de hacerlos de manera que sean eficientes y alcancen sus objetivos. Para adaptar nuestras estrategias de prevención y asistencia, estamos llamados a pensar en esta alteridad de forma que, lejos de ser un obstáculo a la interacción, se convierta en la oportunidad de un nuevo encuentro. ¿Cuáles son los momentos que pueden aparecer como posibles rupturas psíquicas para estas mujeres embarazadas? Retomemos para describirlos el recorrido de Medina tal como ella lo cuenta.

La declaración de embarazo

El embarazo, tradicionalmente, se debe esconder el máximo tiempo posible o al menos se debe hablar lo menos posible para no despertar la envidia de la mujer estéril, de la que no tiene un varón, de la que tiene menos niños, de la extranjera, etc. (Giami, 1987). De ahí ese miedo que Medina tuvo en el momento cuando fue a ver a la asistente social para que le rellenara los formularios de la "declaración de embarazo". Se sentía amenazada ya que no protegida. Todo le podía pasar, incluso ser "embruja" y perder el hijo que llevaba. Este miedo le ha perseguido a lo largo de todo su embarazo e incluso, cuando el hijo nació, seguía estando aterrorizada: su hijo no estaba protegido, podía partir en cualquier momento al mundo de los ancestros; es decir: morir.

La ecografía

Las cosas han seguido según la misma lógica para Medina: en el hospital hicimos unas "fotos" que mostraban lo que había en el interior del vientre, que "mostraban lo que Dios tenía todavía oculto" decía Medina. Esta ecografía era, de hecho, casi pornográfica para ella. Tanto como que el equipo médico le mostraba las imágenes sin apenas comentarios pues ella entendía muy poco el francés. Estas imágenes sin palabras, sin acompañamiento son aún más violentas. El ecografista no comprendiendo el que ella no quisiese ver, le hablaba, le decía que no dudara en mirar, que no se inquietara, etc. Ella cerraba los ojos para tratar de no ver. Él,

interpretaba este rechazo como una dificultad de invertir al bebé. Pero hay otras mujeres migrantes que tienen por costumbre solicitar actos adivinatorios durante el embarazo, como por ejemplo las mujeres mina o ewe de Togo o de Benin, en este caso la ecografía se asimila a veces a tales prácticas y, por tanto, forma parte de algo familiar. Cada situación individual y cultural es singular.

El parto

Luego tuvo lugar el parto, sola, sin intérprete, con la presencia casi obligatoria de su marido, un buen musulmán, que se le hizo pasar a la sala de "partos", ya que las cosas iban mal. Se pensó en hacer una cesárea, el marido la rechazó, aterrorizado. Finalmente se esperó un poco, se tranquilizó a Medina yendo a buscar a otra mujer soninké que se encontraba en el mismo servicio y que venía de parir. Entonces como dijo Medina, el niño quiso a bien salir "él solo". Se sabe ahora las consecuencias desastrosas de las cesáreas sobre las mujeres migrantes y la necesidad de respetar cada vez que sea posible, es decir cuando la vida del niño y de la madre no esté en peligro, la lentitud del trabajo fisiológico de las mujeres del África negra. Estas palabras, más de una vez repetidas por otras mujeres migrantes desde hace ya tiempo, me han obligado a reconocer la violencia de un cierto número de actos médicos que se creen anodinos a priori.

Para Medina, existe esta idea recurrente de que el hijo que ha llevado y que ha nacido en estas condiciones no está protegido, sigue en peligro y que ella también lo está. Aquí, lo que aparece es una "falta de protección de la madre y del hijo" y su consecuencia cultural sería la vulnerabilidad a "un ataque por brujería". En efecto, Medina empezó a apaciguarse a partir de actos culturales que contribuyeron a reconstruir esta fractura, esta protección fallida: los padres pidieron a sus familias en el país de origen realizar unos rituales protectores para Mamadú, el bebé, y así introducir al hijo en la cadena de las generaciones y en la de la familia extensa. Al mismo tiempo, elaboramos con la madre su tristeza y su pérdida de sostén restituyendo con vida unas representaciones culturales que habían perdido su sentido por el hecho de exiliarse y por unos conflictos familiares. Es decir, reconstruyendo parcialmente el soporte cultural en el grupo terapéutico: se había ido del país sin el consentimiento de su padre y su hijo, por tanto, no estaba protegido. Este trabajo de co-construcción de un senti-

do cultural fue la primera etapa, la de la construcción del encuadre.

En un segundo tiempo fueron abordadas las múltiples pérdidas de Medina. Su madre murió en el momento de su nacimiento y fue criada por la co-esposa de su padre. Por otro lado, vivía con dolor y mucha tristeza el exilio y la separación de sus hermanas de las cuales una falleció sin que pudiera verla de nuevo. Llevada por el grupo y el marco propuesto, Medina pudo elaborar su tristeza, dar un sentido a todo lo que había sucedido durante su embarazo por la tremenda soledad y construir un vínculo "seguro" con su hijo Mamadú. La protección del abuelo materno solicitada y obtenida por Medina se volvía entonces eficiente.

Para concluir podemos decir que a nivel preventivo se percibe a través de esta historia, y en tantas otras de la misma naturaleza, la necesidad de permitir a la mujer embarazada el tener una representación aceptable de lo que necesita para ella misma y para su bebé, sean cuales sean los avatares y las dificultades por los que atraviesa. El buen trato es un proceso de acompañamiento y de cuidados a co-construir con los padres y a partir de sus propios ingredientes.

Notas

1. Sobre las variaciones transculturales, las mil y una cara de ser padres, en el caso de Italia, Moro (2005); para Africa, Rabian-Jamin (1989) y para la India, Stork (1986).

Bibliografía

- BYDLOWSKI M (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, 32, 2-9.
- COBLENCÉ F (1996). *Serge Lebovici*. Paris, P.U.F., p. 64.
- DE PLAEN S, MORO M R. (1999). Œdipe polyglotte. Analyse transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 24, 19-44.
- DE PLAEN S, MORO MR, PINON ROUSSEAU D, CISSÉ C (1988). L'enfant qui avait une mémoire de vieux... Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants. *Prisme*, 8, 3, 44-77.
- DEVEREUX G (1968). L'image de l'enfant dans deux tribus: Mohave et Sedang. *Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, 4, 25-35.
- FRAIBERG, S (1999). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris, P.U.F.
- FREUD A. (1978) Avant-propos. In: Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. (Eds) *L'enfant dans sa famille. L'enfant vulnérable* (trad. fr.). Paris, P.U.F., 1982. p. 13-14.
- GAUCHET M (2004). L'enfant du désir. *Le Débat*, 132, L'enfant-problème: 98-121.
- GIAMI I (1987). Recherches ethnologiques sur les maternités de femmes africaines en milieu hospitalier parisien. *Mémoire de maîtrise d'ethnologie*. Paris, Université de Paris X.
- LALLEMAND S, JOURNET O, EWOMBE-MOUNDO E. ET AL. (1991). *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris, L'Harmattan.
- L'autre* n° 1, Nourritures d'enfances. Grenoble, La Pensée sauvage, 2000.
- L'autre* n° 8, Désirs d'enfant. Grenoble, La Pensée sauvage, 2002.
- L'autre* n° 14, Bébés étranges, bébés sublimes. Grenoble, La Pensée sauvage, 2004.
- LEBOVICI S (1961). L'objet est investi avant d'être perçu. *Psychiatrie de l'enfant*, III, 1.
- LEBOVICI S (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris, Le Centurion.
- LEBOVICI S (1995). Surmoi II, les développements post-freudiens. Paris, P.U.F., coll. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, p. 5.
- MORO M R (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris, P.U.F., coll. Le Fil rouge.
- MORO M R (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris, La Découverte
- MORO M R (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs*. Paris, Odile Jacob.
- Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* n° 12 "L'enfant exposé". Grenoble : La Pensée sauvage ; 1989.
- MORO M R, NATHAN T, RABAIN-JAMIN J, STORK H, SI AHMED J (1989). Le bébé dans son univers culturel. In: Lebovici S, Weil-Halpern F. (Eds), *Psychopathologie du bébé*. Paris, P.U.F. p. 683-750.
- MORO M R, RÉAL I, BAUBET T (2005). Consultation transculturelle en périnatalité : une psychiatrie de liaison pour les bébés et leurs parents migrants. In: Bailly D. (Ed.), *Pédopsychiatrie de liaison: vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres*. Rueil-Malmaison, Doin, p. 35-41.
- RABAIN-JAMIN J (1989). La famille africaine. In : Lebovici S, Weil-Halpern F. (Eds), *Psychopathologie du bébé*. Paris, P.U.F., p. 722-7.
- REAL I, MORO M R (1988). De l'art d'humaniser les

Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque

bébés. Clinique transculturelle des processus de socialisation précoce. *Champ psychosomatique*, 15, 31-44.

SERRES M (1977). Discours et parcours. In: Lévi-Strauss C. (Ed.), *L'identité*. Paris: Grasset, p. 38.

STORK H (1986). *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris, Paidós/Le Centurion.