

La culpa ante la internación de un bebe recién nacido : el espacio de la psicología perinatal

Dra. Alicia Oiberman

La madre está en la sala de parto... acaba de tener a su bebé Los obstetras se lo muestran muy brevemente . El neonatólogo inquieto lo toma en brazos, lo lleva a un lugar más apartado , comienza a realizarle los estudios de rutina y con un gesto rápido le indica a la enfermera que lo lleve a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para colocarlo en una cuna o en una incubadora según la gravedad del bebe. Se dirige a la madre y en pocas palabras le dice que su hijo no vuelve con ella a la sala sino que es necesario observar y estudiar al niño...De más esta decir el impacto que produce en la madre esta situación no esperada.

Durante el embarazo jamás pensó que el nacimiento de su hijo se produjera de esa forma, había imaginado que se lo llevaría con ella,- atravesando el pasillo que comunica la sala de partos con las habitaciones - con su bebé en brazos...pero no, en el mejor de los casos será el padre el primero en conocerlo en la unidad de terapia neonatal, en recibir las primeras noticias de parte del neonatólogo, en verlo rodeado de cables y aparatos dentro de una incubadora....en otros casos, ella pasara a una sala de recuperación y será recién en los próximas horas ,- de acuerdo a su propia gravedad- cuando podrá conocer a su bebe, quién permanecerá en una cunita en el servicio hasta que la madre se recupere....En ambos casos la ansiedad por conocer al niño, la angustia por la separación abrupta con el hijo y la culpa serán vividos por la madre con mucha intensidad.

Sólo la respuesta rápida del equipo de salud podrá aliviar el sufrimiento experimentado por la madre, el padre y el bebé....

Introducción

La importancia fundamental de las primeras etapas de vida como base para la salud del individuo es reconocida por todas las corrientes médicas y psicológicas. Sabemos que la maternidad implica una sucesión de secuencias complejas: pubertad, fecundación, embarazo, parto, lactancia, crianza, educación, separación. La mujer que entra en esta aventura nunca esta sola: desarrolla su experiencia individual dentro de una comunidad., sin embargo transformarse en madre es un “ viaje interior” que realiza una mujer .Se va realizando etapa por etapa y podemos decir con certeza que es un **secreto infantil** .

Las mujeres que van a ser madres inician “ **el viaje de la maternidad** “Por que utilizar la palabra “viaje? Porque una madre no nace, sino se hace.. “ *...es un largo camino que reencuentra un tesoro dejado de lado en la infancia pero construído durante la infancia. La madre es un secreto de infancia.... es un asunto del inconciente...*” (Delassus J.M, pag.x 1998).

Es por ello necesario diferenciar la maternidad del maternaje.El maternaje es el proceso sicoafectivo que **acontece o no** en la mujer cuando tiene al niño y la maternidad es el acontecimiento biológico.

Si consideramos a la maternidad en tanto crisis vital y evolutiva y le añadimos la crisis circunstancial que implica la internación de un bebé, nos encontramos ante un dilema de salud al cual se debe responder rapidamente.

Es la Psicología Perinatal la que puede responder y tiene las herramientas necesarias para ayudar la madre, y al bebe en la resolución de esta doble crisis : evolutiva y circunstancial.

Permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento, aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario Trabaja el **vínculo** entre la madre y su bebé y el papel del padre en el proceso de parentalidad.

Debido a que los pacientes – madre y bebé - son dados de alta cuando el criterio del obstetra y del neonatólogo lo indica, es necesario que la intervención psicológica inicie y finalice en el mismo encuentro, - sin embargo también se contempla la posibilidad de realizar otras entrevistas

a lo largo de la internación o luego de la externación en aquellos casos en que un seguimiento sea necesario.

Algunos antecedentes

La historia nos muestra que siempre existieron rituales, amuletos y matronas para ayudar a ordenar las emociones a través de la palabra ante el nacimiento de un bebé. En todas las culturas existieron elementos asociados a lo mágico que se utilizaban para conjurar el riesgo de muerte para el niño y /o la madre en el momento del parto y luego durante el período puerperal.

Todas esas prácticas, ocupaban de alguna manera, el lugar de la palabra en un momento difícil y de gran intensidad emocional: el nacimiento de un niño.

Sin embargo la medicalización del parto—que permitió descender bruscamente la mortalidad materna y neonatal, y lograr la sobrevivencia de niños prematuros- alejó a las madres de estas prácticas y no hubo quien ocupara el lugar de las matronas en esos momentos.

Los antecedentes de la psicología perinatal lo encontramos en esas matronas, en la psicoprofilaxis obstétrica, actualmente en el trabajo que realizan las doulas para acompañar a la madre en el parto logrando avanzar en partos sin temor. Sin embargo el período del puerperio no fue considerado en su real magnitud como período crítico .

La Escuela Rusa sobre los cursos de parto (Nikolaiev,1957),Leboyer(1960) sobre el nacimiento sin dolor ,los trabajos de Als (1986) en las unidades de Terapia Neonatal en Estados Unidos, el estudio en España de Salvatierra (1998) sobre la psicobiología del embarazo, los aportes de Racamier (1984) sobre las psicosis puerperales y la labor de Molenat(1992) en Francia con su trabajo de capacitación de los agentes de salud en las maternidades son algunos antecedentes que permitieron el desarrollo de esta especialidad .

En Argentina, las experiencias en la Maternidad de San Isidro durante los años 70, relatadas por Mirta Videla y Grieco (1993),son los antecedentes del trabajo que se inició en 1990 desde la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires .A partir de 1993, ofrecemos una práctica profesional de grado a los alumnos que deseen incursionar en esta área.

Desde 1990 al 2007 hemos desarrollado la labor perinatal- siempre con Convenio entre la Facultad y los hospitales - en los servicios de neonatología de cinco hospitales materno infantiles : Hospital Naval “ Pedro Mallo”, Fundación Hospitalaria de la ciudad de Buenos Aires, Hospital Materno Infantil Ana Goitía en Avellaneda,el Hospital Meléndez de Adroque y el Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela..

Abordaje desculpabilizador del accidente perinatal : la dimensión psicosocial de la maternidad

El abordaje desculpabilizador de la situación , al colocar esa crisis circunstancial en tanto accidente perinatal y no producto de alguna situación propia de la madre por el cual el niño esta internado, permite aliviar profundamente la sensación de culpa y de responsabilidad materna y / o paterna frente al bebe internado.

Un simple *Ud no tuvo la culpa de lo que paso,o se trata de accidentes perinatales* ... en las intervenciones que realizan estas profesionales durante las entrevistas , permite posicionar a la madre y también al padre desde el afianzamiento del vínculo temprano madre-padre-bebé.,

En la década del 60 aparecen trabajos científicos que sospechan entre una posible relación entre factores psicosociales y complicaciones en el parto. Pero es en la década de los 90, cuando comienza a estudiarse el aumento de nacimientos prematuros en caso de sucesos significativos de vida (life-events) y percepción de estrés.(Oberman y cols, 1998). Sin embargo, recién en los años 2000 se empieza a comprender los mecanismos neuroendocrinológicos e inmunológicos subyacentes a estos procesos de estrés.Se comienza a comprender el circuito de las alteraciones neuroendocrinas del estrés y cómo estos cambios afectan a la placenta y el feto a partir de estrés psicosocial. (Salvatierra, M. 1998,Hobel, 2004, Arck PC., 2006)

Consideramos que el proceso de la maternidad – incluyendo en él al embarazo, parto y puerperio representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer superará esta crisis en función de: su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar.

La herramienta con la que cuentan las psicólogas perinatales para tales efectos, son **las entrevistas de sesión única**. El objetivo en estas entrevistas que presentan un inicio, desarrollo y cierre, es intervenir en la crisis por la cual la madre está transitando.

La modalidad de trabajo, es ir creando un vínculo que posibilite a la madre, crear un marco contenedor que permita la puesta en palabras de la crisis, las cuestiones que se resignifican con la maternidad, e ir decodificando a la madre logrando un reordenamiento subjetivo que le proporcione un mejor establecimiento vincular con el hijo.

La palabra puede emerger cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por la maternidad, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y dando a la madre la posibilidad de reconstruirlos, siempre y cuando como psicólogos ofrezcamos un espacio para la puesta en marcha de dicho proceso.

La pregunta es ¿Cómo? ¿Qué es lo que genera ese espacio? De qué manera es posible generar un vínculo terapéutico perinatal?

Proveer un encuadre que permita el desarrollo de un vínculo sanador en el cual el contexto no queda exento.

Estas madres se encuentran atravesando un momento de crisis, entendiendo ésta como un momento de ruptura de un equilibrio anterior entre la intensidad de la situación y los recursos del sujeto puestos en marcha, produciendo una nueva desorganización psíquica. Es aquí en donde operan las psicólogas perinatales. El sujeto inmerso en esta crisis se torna más receptivo a la ayuda terapéutica. Y la presencia de otro en función de escucha, opera con el objetivo de darle a la madre los medios con los cuales pueda resolver sus problemas actuales.

De esta forma es necesario que el psicólogo perinatal cuente con la capacidad de sostén al estilo winnicottiano, y de esta forma producir una intervención vincular contenedora creando una experiencia de contacto, capaz de evocar en los niveles inconsciente y pre-consciente una relación primordial punto de partida para la organización del si-mismo.

La metodología y el modo de abordaje de las psicólogas perinatales, presenta especificidades y particularidades que difieren en varios aspectos del abordaje psicológico convencional.

La modalidad de trabajo interdisciplinario, sustentada en el acompañamiento de un psicólogo a la guardia neonatológica y obstétrica se desarrolla con ciertas características específicas, entre las que resaltamos:

- Confluencia de “saberes” diferentes, estilo de trabajo conjunto con los otros profesionales del hospital: neonatólogos, pediatras, obstetras, enfermeras y trabajadores sociales.
- Aceptación de encuadres diferentes: la madre puede ser entrevistada frente a una incubadora o en la misma sala de parto: *in situ*, donde la crisis toma lugar.
- Demanda que proviene del Servicio y no del paciente: La situación de consulta en Psicología perinatal posee cierta especificidad que las diferencia de las demás consultas psicológicas. La demanda proviene del equipo médico, cuando se pesquiza dificultad de vínculo, o algún indicador que desde lo médico exceda.
- Aceptación de un espacio común con los médicos y enfermeras de guardia.
- Transformación de la entrevista psicológica en instrumento de trabajo clínico.
- Aceptación de la inclusión de la dimensión psicológica del bebé, la madre y su familia en el momento del nacimiento.
- Revalorización del lugar de la palabra en las maternidades, privilegiando el aspecto salugénico de un nacimiento.
- Aceptación del psicólogo por parte de las guardias de obstetricia y neonatología.
- Flexibilización teórica y práctica para abordar situaciones muy diversas
- Creación de estrategias de intervención a cada instante.

- Rol psicológico de mediatizadores entre la institución y el bebé en riesgo.
- Conocimiento del lenguaje específico tanto médico, de enfermeras como de la cultura del grupo familiar asistido.
- Consideración del cuidado de los que cuidan: sostener al equipo cuidador.
- Reconocimiento del carácter de urgencia de la emergencia: no se puede esperar los tiempos de la interconsulta, se debe intervenir en ese momento y en ese lugar.

“Un análisis minucioso de las intervenciones que realizan estas profesionales durante las entrevistas de sesión única, permite capturar la fuente que posibilita a estas madres encontrar y aprovechar este espacio, este vínculo sanador que comienza y termina en la misma sesión, produciendo un reordenamiento de las emociones a través de la puesta en palabras de sus problemáticas, y así posibilitar, a través de la díada terapeuta-mamá, que la díada madre-bebe se desarrolle libre de conflicto.” (Cantello J. 2008,127)

Estas peculiares características permitieron comprobar que la palabra emerge a partir de que el psicólogo pone el cuerpo junto al de la madre, al del niño y al del equipo médico.

*“El equipo trata de suplir, dentro de sus posibilidades, muchas carencias, creando redes poniendo el cuerpo, para sostener ese lugar de madre que ellas necesitan desplegar con éxito sin repetir su propia historia..... trabajan en caliente, en el mismo momento en que transcurren los hechos, y con la misma escena...dicen que permiten que surja la palabra, lo cual es mucho, pero cuando uno lee los casos, percibe que es mucho más... Meten el cuerpo, **Están**, Producen lo que no estaba, producen una escena diferente, incluyendo a otros actores, intervienen en el contexto, **Están** y no solo en la entrevista. (Schneider, R. 2005,17)*

La inclusión del psicólogo perinatal en la guardia neonatológica y obstétrica, implicó para el equipo de salud tener en cuenta que el sentido del embarazo, del parto y del puerperio no se puede pensar sólo desde el acto médico sino que la constelación familiar, de pareja y social, son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y nacimiento.

El trabajo en equipo de los psicólogos con los demás profesionales del equipo de salud materno-infantil, implica un posicionamiento en el campo de la salud.

El fenómeno del acto médico no es meramente reductible a la acción técnica, ya que allí hay un sujeto que sufre, que muchas veces se siente culpable de la internación de su bebé, ya sea por prematuridad o por alguna patología neonatal. La doble crisis que atraviesa la madre (vital y circunstancial) es generadora de angustia y ansiedad: se trata de un sujeto humano que acude a otro para pedirle ayuda y no siempre el saber médico puede contemplar o valorar el aspecto psicológico.

Por otra parte, introducir la dimensión de lo psicosocial de las madres y sus familias en los efectores de atención materno infantil e introducir un protocolo específico de lo “psicológico” en las historias clínicas, implica una manera de aliviar la crisis de la relación médico - paciente (cuando se instituye) para tornarla nuevamente operante en un sentido terapéutico.

Pero al estar en un ambiente eminentemente médico, como es un hospital materno infantil, como contribuir a construir la experiencia en medio de la crisis que desencadena un nacimiento ante de término o la internación de la madre por causas obstétricas?

Se ha recorrido un camino para lograr escuchar al otro, pero quienes son los otros? El médico, la enfermera, la paciente madre, el bebé, como lograr escuchar, observar y devolver mediante la palabra.

Cuando logramos que la madre exprese en palabras sus emociones intensas en los momentos del nacimiento de su hijo o en el desenlace del parto o del postparto inmediato, consideramos que si coloquialmente a las palabras se las lleva el viento, en este caso ocurre todo lo contrario: cuando las palabras tienen alas y pueden permanecer, en nuestra escucha, no se las lleva el viento, pero siempre y cuando nosotros, como psicólogos perinatales las podamos sujetar.

Ese es nuestro desafío profesional: sujetar las palabras del paciente, sujetar el gesto del bebe, la inquietud de un padre, la angustia de una familia ante la internación del bebe y transformarnos en una polea de transmisión entre el médico y la paciente.

En nuestro quehacer cotidiano perinatal la sabiduría, consiste en el verdadero intercambio entre paciente y profesional que no puede transmitirse más que en viva voz, en el ir y venir de palabras que vuelan entre paciente y psicólogo perinatal.

El trabajo específico que realizamos en la clínica perinatal está sustentado por varias corrientes del campo de la psicología y del psicoanálisis. Tomamos en consideración las nociones winnicotianas de sostén emocional, y de preocupación maternal primaria. Incluimos las nociones de maternaje y su diferenciación del acontecimiento biológico de la maternidad, considerando que hay un tiempo psicológico más lento en el cual la madre biológica se transforma en madre "psicológica". Siempre abordamos el trabajo desde una doble mirada: la mirada puesta en ella y en el bebé.

En ese trabajo de sostén emocional terapéutico hemos desarrollado, tomando los conceptos winnicotianos, el llamado sostén triádico.

Consideramos que una madre puede sostener a su bebe adecuadamente, cuando como terapeutas nos posicionamos como un tercero: sosteniendo desde la mirada y la escucha a ambos. Solo así podemos sostener la escena en beneficio del bebe y de la conformación del rol materno.

Trabajamos con las nociones que Lebovici (1996) ha introducido muy sabiamente en el trabajo clínico con bebes: el bebe real, el bebe imaginado y el bebe fantasmático. La madre puede hablarnos de alguno de esos tres bebes que existen para ella aún antes del nacimiento de su niño.

La entrevista psicológica perinatal (EPP) discrimina a esos tres bebes a través de considerar los sucesos significativos ocurridos en ese último año o los anteriores, allí está en escena el bebe imaginado.

Cuando indagamos sobre posibles conflictos infantiles, estamos trabajando sobre el bebe fantasmático, aquel niño que ella se imaginó cuando era niña producto de su relación con su propio padre. Y cuando observamos su conducta ante el impacto del nacimiento, donde pueden suceder dificultades de lactancia, extrañeza ante el bebe, estamos ante el bebe real.

Durante la entrevista nos ubicamos principalmente en el lugar de la escucha, una escucha que comprende e intenta sostener el cuerpo dolido de la mujer parturienta, las condiciones ambientales de este bebe y el lugar que se imaginó, la madre o la familia que ocupa este bebe recién nacido incluyendo lo transgeneracional.

Además, como ya se mencionó anteriormente, se trata de un espacio corto en el tiempo, pues es en general una única entrevista, o de varias entrevistas en el mismo día o en diferentes espacios físicos del hospital, nuestra labor consiste en comprender lo más fehacientemente posible las emociones que está expresando esta madre, y poder *traducirlo* a un lenguaje suficientemente médico y coloquial para que el otro, el neonatólogo, o enfermera comprenda ese otro aspecto de la madre parturienta.

Consideramos que - por nuestra idiosincrasia y por la larga tradición que tiene la psicología y el psicoanálisis entre nosotros- es posible tener equipos perinatales en las guardias de cada uno de los hospitales materno infantiles de nuestro país.

La riqueza de esta tarea clínica consiste en crear redes poniendo el cuerpo, para sostener ese lugar de madre, considerando que el maternaje se está desarrollando en ese mismo espacio, y que un conflicto en ese momento, puede implicar el impedimento del vínculo temprano madre-hijo.

Se trata de trabajar en el mismo momento en que transcurren los hechos, y en la misma escena, dentro de la interdisciplina en la que nos encontramos -pues estamos con un obstetra, con un neonatólogo, con obstétricas o con enfermeras. Si logramos que surja la palabra para expresar su emoción, ello permitirá un mejor desenlace de la situación.

Esa es la diferencia con los otros en la escena. Consideramos tan valiosa la palabra, como la medicación. Sin embargo, para ello es imprescindible, meter el cuerpo, **Estar**, producir lo que no estaba, producir una escena diferente.

El proceso salud-enfermedad, en esta etapa, es preponderantemente abordado por los médicos y con un enfoque que lleva con frecuencia a la fragmentación en la atención de la salud de la madre puérpera y su bebé. (fragmentación entre lo físico y lo psíquico, o entre lo individual y lo familiar-social).

Por el contrario, la salud debe ser considerada como el resultado de un proceso en el que interactúan factores biogénéticos, psicológicos, sociales, culturales o históricos. El abordaje interdisciplinario, el trabajo en equipo y el desarrollo de ideologías comunes compartidas por todos los profesionales de la salud, es una solución que permite desculpabilizar a la madre, y también al equipo de salud. Por ello, es tan necesaria la participación de los psicólogos en los servicios de obstetricia y neonatología.

Referencias Bibliográficas:

Arck PC, Knackstedt MK, Blois SM. Current Insights and Future Perspectives on Neuro-Endocrine-Immune Circuitry Challenging Pregnancy Maintenance and Fetal Health. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*, 2006; 3 (2), 98-102

Als, H. (1986). "A synactive model of neonatal behavior organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal environment." *Physical and Occupation Therapy in Pediatrics*, N.Y., 1986, 6, 3-55.

Boysson –Bardies B. (1996) Comment la parole vient aux enfants. Editions .Paris, Odile Jacob, 1996.

Cantello M. en Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., **Cantello, M.**, et al. (2008). Nuevos dispositivos en salud mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En Facultad de Psicología. UBA (Ed.). *Libro Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*, (123-139). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Delassus J.M. (1995) Le sens de la maternité. Cycle du don et genèse du lien. Paris, Dunod, 2002.

Hobel, Calvin J. Stress and Preterm Birth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2004, Volume 47, Number 4, 856-880.

Lebovici S. La Transmission Transgénérationnelle (TGG). En: Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles. Geneve: Editions Médecine et Hygiene., 1996.

Levoyer, F. Por un nacimiento sin violencia. México: Daimon. 1978.

Molenat Françoise.. Mères Vulnérables .Les maternités s'interrogent.

Stock. Francia: Laurence Pernoud. 1992

Nikolaiev, A. El parto sin dolor .Buenos Aires. Cartago, 1957.

Oiberman, A. & Santos, S. Desarrollos de la psicología perinatal. Secreto por nacer: Cuando un bebé busca a su madre adolescente. En Facultad de Psicología. UBA (Ed.). *Libro Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*, (117-140). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2006.

Oiberman A, Schneider S, Vega E, Galíndez E, Mercado A, Santos S, Mansilla M. & Grisolia E. Nacer y después. Psicología Perinatal. Buenos Aires: JCE Ediciones., 2005.

Racamier P. A propos des psychoses sur la maternité, en *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifié*. Paris: E.S.F. 1984

Salvatierra, V Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Editorial Martinez Roca., 1990

Videla, M. & Grieco, A. Parir y nacer en el hospital: de la psicoprofilaxis obstétrica a la psicoprofilaxis perinatal interdisciplinaria. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.1993.
Winnicott D(1956). De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot.,France, 1992.

Dra. Alicia Oiberman.

Profesora y directora del Programa de Psicología Perinatal desde 1993 de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Investigadora Independiente del Conicet.