

ACERCA DE LA CONFLICTIVA FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Lic. María Aurelia González

Psicóloga

Servicio de Psicopatología y Salud Mental del
Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá.

El trabajo diario en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal implica un complejo entramado de relaciones entre el niño allí asistido, sus padres y los médicos que intervienen. Es un ámbito pensado para la urgencia y definido por quienes participan de él como conflictivo.

Esta característica alcanza tanto al equipo de salud como a la familia del recién nacido (RN) e impregna toda relación intersubjetiva que se establezca allí dentro.

Resulta conveniente entonces detenerse a reflexionar sobre estos significantes que forman parte de un código habitual.

¿De qué se trata el conflicto? ¿qué quiere decir?

Conflicto: En su acepción general, significa combate y angustia del ánimo. Situación difícil. Apuro.⁽¹⁾

Para el Psicoanálisis, el conflicto es constitutivo del ser humano. Conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los distintos sistemas o instancias, entre las pulsiones, conflicto edípico, en el que no sólo se enfrentan deseos contrarios sino que se enfrentan con lo prohibido.

Para el sujeto humano el *conflicto nuclear* es el complejo de Edipo. No se trata simplemente de un conflicto defensivo (por ejemplo: Yo- Super Yo) sino de una conjunción dialéctica donde se origina el deseo y la prohibición.

La salud (y especialmente la salud mental) es un estado conflictivo que debe contemplar tanto elementos de la neurosis como de la psicosis.

Según Freud⁽²⁾ una conducta sana, al igual que la neurosis no debe desatender la realidad, pero a pesar de ello, como la psicosis, debe empeñarse en modificarla. Transformación de la realidad y no sólo de la interna es la que se nos impone.

Como vemos, el Psicoanálisis tiene casi un dominio epistemológico del conflicto. El conflicto pertenece por lo tanto a la dialéctica propia de la vida del ser humano.

De eso se trata todo lo que acontece en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, de un espacio donde se lucha por la vida desde el punto de

partida de la vida misma, sin dejar de estar muy próxima de la muerte.

La realidad de las terapias intensivas y la interdisciplina

El progreso tecnológico aplicado en la últimas décadas a la medicina, llevó a un aumento de la esperanza de vida para todos.

Uno de los avances más evidentes ha tenido lugar en el campo de la Neonatología, fundamentalmente en los servicios de Terapia Intensiva⁽³⁾. En estas Unidades, el esfuerzo dirigido al neonato grave trajo como efecto una drástica reducción de la mortalidad neonatal, obteniendo grandes avances particularmente en los niños malformados y de muy bajo peso, niños que hasta los años '70 morían sin posibilidades.

Liberados, en parte, de esta terrible preocupación por la sobrevida, los médicos comienzan a interrogarse por otros aspectos que hacen a la salud de estos niños. Es así como el médico se interesa cada vez más por el aspecto psíquico del neonato, a preocuparse por evitar el dolor y el stress al niño.

Los interrogantes se ubicaron entonces respecto de los efectos que el nacimiento prematuro, las terapias invasivas, los estímulos lumínicos y sonoros y la interrupción de la vida fetal pueden tener tanto sobre el psiquismo del futuro sujeto como de su grupo familiar.

Desde esta perspectiva volvemos a situarnos sobre el conflicto. El hospital (o la institución que cumpla ese rol) debe *separar necesariamente* a la familia, es decir al RN de sus padres para "garantizar" (de alguna manera) su sobrevida.

Al hacerlo, determina una diversidad de efectos que trascienden lo orgánico⁽⁴⁾. Se instala una distancia entre los padres y su hijo, que marca una interferencia muy intensa en los inicios del vínculo entre ellos.

Sin embargo esta plasticidad que mencionábamos antes, condición indispensable para una con-

ducta saludable, es la que permite que quienes trabajan en estas Unidades de Terapia Intensiva puedan reconocer este conflicto de intereses y comenzar a desplegarlo.

El giro en la consideración del RN crítico y su familia marcó la necesidad de un abordaje interdisciplinario en estas unidades^(3,4,5,6). Profesionales de diferentes disciplinas como psicólogos, antropólogos, asistentes sociales, etc., comenzaron así a acercarse y a conocer la rutina de un sector pensado para funcionar fundamentalmente en la urgencia.

De tal modo, el perfil de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) fue variando. En la Maternidad Sardá, por ejemplo, desde hace más de una década se ha implementado una política institucional abierta, que contempla la existencia de una Residencia para Madres, que favorece el ingreso irrestricto de los padres a los sectores de internación y la posibilidad de preguntar por el estado de sus hijos cuantas veces lo consideren necesario.

Estas acciones tienden a un objetivo: favorecer la inclusión de las familias en los sectores de Alto Riesgo y a atenuar los efectos de una hospitalización temprana sobre la diada Madre Hijo^(7,8,9).

Todos estos factores permitieron reconocer la importancia de brindar un sostén psicológico a los padres de los niños internados desde su nacimiento, estableciendo distintas modalidades para efectuarlo durante y después de la internación.

Existen –a grandes rasgos– dos posturas:

- Trabajar con enfermeras y médicos que asisten al bebé e intervenir por medio de ellos
- Realizar esta tarea en primera persona por parte de los profesionales de salud mental.

Cualquiera de estos modelos debe ser ajustado al perfil de cada unidad.

En nuestro hospital las tareas interdisciplinarias se agrupan del siguiente modo:

- pases de sala en conjunto
- interconsultas
- reuniones de padres

Las reuniones están planteadas para padres de RN internados en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y Cuidados Intermedios (UCI); los padres de los que actualmente se encuentran en los sectores de recuperación nutricional y que hubieran permanecido anteriormente en UTI o UCI también asisten.

No se incluye, en cambio, aquellos cuyos hijos presentaron leves complicaciones perinatológicas e ingresaron directamente a sectores de menor complejidad, por una cuestión profiláctica.

Tal como lo describen autores italianos^(3,10), los

padres que son invitados a participar y en cuyos casos los niños presentan una realidad clínica y psicológica muy diversa al resto de las familias, suponen que si se los incluyó en ese grupo es debido a que sus bebés pasaron por una situación de riesgo mayor de la que ellos conocían o suponían.

El trabajo con la familia

El trabajo con la familia de un RN hospitalizado incluye primera y fundamentalmente a sus padres.

En un momento posterior podrá hacerse extensivo al resto del grupo familiar.

El objetivo primordial de esta tarea interdisciplinaria se dirige a quienes sostienen la función materna y paterna para este bebé, en tanto es a partir de ellos que se establecerán las futuras condiciones para la estructuración psíquica de este niño.

La llegada de un hijo prematuro o con otras dificultades que requiere de una internación en un sector de Alto Riesgo genera un fuerte impacto en los padres.

Nada puede estar más alejado del ideal parental, que un niño que necesita del apoyo de otros y especialmente de las *máquinas*, para alcanzar la vida, tarea en la que ellos no resultaron exitosos.

El primer encuentro (sólo para unos pocos que alcanzaron a verlo en la sala de parto se tratará de un reencuentro) se produce en la UTI.

Las características externas del RN lo colocan en una situación poco atractiva, conservan aún rasgos fetales (en los prematuros), están extendidos de espaldas, con sondas y respirador, con una hipotonía axial y una motricidad espontánea y desordenada que lo hacen difícil de manipular. Estas características contribuyen a ubicarlo en un aspecto muy alejado del «bebé ideal fantasmático». Resulta un bebé poco gratificante en los primeros contactos.

El conflicto estético

Es notorio como el aspecto físico del pequeño prematuro genera repercusiones importantes sobre sus padres, las cuales pueden determinar una incidencia desfavorable sobre el desarrollo del RN.

D. Meltzer ha conceptualizado esta problemática como *conflicto estético*. Según él es importante considerar en los primerísimos estadios del desarrollo el *impacto estético* que el RN percibe respecto de su contacto con el mundo, una vez salido del vientre materno⁽¹¹⁾.

Meltzer va a marcar cómo para el RN el objeto estético es el pecho y el pecho es el mundo. La

experiencia estética proporcionada a través del cuidado de la madre, de su belleza externa concentrada en el seno y la imagen del rostro, para el niño tiene una *pregnancia emotiva* muy fuerte, “*apasionada*”, que va a implicar para el niño la pasión por la vida, la pasión por las relaciones humanas.

Del mismo modo la madre aparece capturada por la belleza de su hijo, de su “*criatura*” (producto de su creación) y así se imbrican y se pierden en el impacto estético uno del otro. Esta experiencia reporta un peso significativo sobre su futuro desarrollo psíquico.

Tal experiencia, en cambio, reviste un modo muy conflictivo cuando existen interferencias tales como la prematuridad, la permanencia en una incubadora, la separación precoz o la dificultad para ser alimentado a pecho. La belleza adquiere aquí un aspecto relevante para considerar: la belleza va unida al peso y éste directamente a su posibilidad de vida.

El *peso* es un elemento primordial, palabra puente entre el lenguaje médico y el lenguaje común y marca el pasaje del niño enfermo al niño sano y del hospital a la casa.

Respuestas de padres y madres

Existen algunas diferencias respecto de como pueden vivir esta situación desde el lugar de cada uno. La vivencia compartida es la de una *herida narcisista*, es decir una herida en el amor a la imagen de sí mismo.

Se trata de un daño producido al narcisismo de la pareja, que no ha podido generar una criatura bella y saludable que pudiera corresponderse con los ideales que alentaban para su hijo.

Los padres tienen la vivencia de ser poco útiles para sus hijos, la posibilidad de que éste sobreviva depende en grado extremo de los médicos y las máquinas que le garantizan una calidad de vida que en el útero no fue alcanzada.^(3,10)

La Madre

A menudo muy vulnerabilizada por la experiencia de un embarazo de riesgo, rodeado por la urgencia, se sienten muy confundidas y tienen dificultades para reconocer a ese otro “*alejado*” como su hijo. A esto se asocia un marcado sentimiento de culpabilidad.⁽⁶⁾

Un embarazo acortado deja en la madre un sentimiento de frustración que Michel Soulé denomina “*embarazo de vientre vacío*”⁽¹²⁾. La relación que había comenzado en el útero materno sufre una abrupta

alteración, esto genera una hendidura, una marca en el origen de la vida del niño y en las representaciones de estas madres que viven la hospitalización como una prolongación del embarazo.^(5,6,12)

Existe durante todo este tránsito por las Unidades de Cuidados Intensivos una experiencia muy favorecedora para las madres, se trata del momento en que comienzan a participar en las tareas de alimentación de los bebés, empezando por la alimentación por sonda nasogástrica. Aún cuando te-



men desempeñar mal esa función, se muestran muy contentas de ser involucradas en esa actividad, dando claras señales de cuánto les pesa la inercia forzada por la que deben pasar durante el primer tiempo de internación.

El Padre

Generalmente y a pesar de sus propias dificultades es el que juega un rol activo durante la interacción del niño y en los primeros días suele ser el único interlocutor. Es el que testimonia, en relación a su mujer, la existencia del hijo.

Su función cobra mayor relevancia en el establecimiento de la comunicación con el equipo de salud, en el momento de pedir y recibir información. Las madres aún sacudidas por la experiencia del parto y acomodándose a las condiciones de internación para ellas y los RN, esperan contar con la compañía y el sostén de su esposo para conocer la información respecto de la salud del bebé y su evolución. Las preguntas que tienen para hacer encierran en realidad a esos otros interrogantes que circulan por el ríspido borde de las preguntas sin respuestas ciertas como son: "¿mi hijo va a vivir?", "si vive, ¿cómo va a quedar?".⁽¹⁴⁾

Las diferencias entre el bebé real y el imaginado

Cuando una pareja decide tener un hijo le está asignando un lugar en la cultura, particularmente si dentro de ese contexto cultural el hecho de tener un hijo es un valor en sí mismo.

Este bebé será concebido como el que todo lo puede, el que todo lo es, así se juega el narcisismo parental para este hijo. El hijo que completa y prolonga. Esto representa la estructura narcisista fundamental para la constitución de un psiquismo armónico⁽¹⁵⁾. Pero siempre tiene cabida una desilusión, presente aún en los nacimientos de bebés normales. Los padres deben hacer un viraje para que el niño coincida con ese proyecto y pueda sostenerse como ideal.

En los casos de hospitalizaciones prolongadas, desde el nacimiento, cuesta mucho más esfuerzo acomodar las piezas. Es factible encontrar padres que pregunten, por ejemplo, si sus hijos prematuros dejarán alguna vez de serlo⁽¹⁴⁾.

Los padres de RN críticos, que aún cuando sus hijos son mayores, inclusive adolescentes, siguen representándolos como prematuros o vulnerables, son aquéllos que no han podido aceptar la posibilidad de muerte o la minusvalía y la evocan en una continua autopunición. Los padres pueden recuperar su capacidad paternal cuando entienden que ésta fue cedida a las máquinas sólo temporalmente, cuando están en condiciones de elaborar el momento tan precoz en que experimentaron la posibilidad de muerte de sus propios hijos⁽³⁾.

Las terapias intensivas neonatales y la muerte

Si bien el índice de mortalidad neonatal ha decrecido desde la implementación de alta tecnología a los cuidados del recién nacido, no existen garantías absolutas en este sentido y muchas veces ocurre lo tan temido: la muerte de un niño.



La muerte en tanto forma de negación es irrepresentable para el aparato psíquico, al igual que el nacimiento. Sobre los orígenes de la vida y la muerte sólo podemos tener acceso a través de los *mitos* (relatos atemporales, con un carácter de ficción y que se relacionan con la estructura de la verdad)⁽¹⁶⁾.

Freud enseñaba, como gran maestro que fue, que cuando el hombre busca respuestas que la ciencia no alcanza a darle, debe dirigirse a los poetas. Es de Rainer María Rilke que tomamos prestadas las siguientes palabras:

*¿Quién mostrará a un niño tal como él está?
¿Quién lo subirá a las estrellas y le dará en la mano la medida de la distancia?
¿Quién amasará la muerte de un niño con ese pan oscuro que se endurece, o la dejará dentro, en la boca redonda,
como el corazón de una hermosa manzana?...
Fácil es adivinar a los asesinos.
Pero esto: albergar la muerte, toda la muerte, así tan dulcemente,
en el umbral de la vida, sin una queja,
eso es indescriptible*

Rainer María Rilke. *Elegías Duinesas*, cuarta elegía (fragmento)⁽¹⁷⁾.

Es y será muy difícil tratar de encontrar palabras a todo lo que despierta la posibilidad de muerte de un niño. La muerte de un bebé introduce una pregunta filosófica: ¿cómo puede morir alguien que no ha vivido? ⁽¹⁸⁾.

Cada uno intentará desde diferentes posiciones aproximar alguna respuesta a estos interrogantes.

Lo cierto es que dentro de estas unidades un bebé puede fallecer al poco tiempo de haber nacido, rodeado siempre de un clima de mucha urgencia. Existen, sin embargo, otras oportunidades donde puede plantearse la posibilidad de un acompañamiento a la familia de ese niño, en cierto modo anticipatorio del duelo que ha de sobrevenir. Esta es una forma de atenuar los efectos que tal situación puede generar sobre para la familia y también sobre el equipo de salud. Es un momento importante para el trabajo interdisciplinario que puede permitir un abordaje integrador para una limitación que no responde únicamente al orden de lo orgánico.

Es importante destacar que a pesar de muchas de las dificultades que las acompañan, las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal han sido creadas para ayudar a que el número de niños que sobreviva pueda ser cada vez mayor. Esto representa un verdadero desafío a los profesionales que trabajan en ellas, en relación a qué medios poder implementar de manera creativa y eficaz que permitan alcanzar una mejor calidad de vida para las familias asistidas.

Bibliografía

1. Diccionario Español Ilustrado Sopena. Buenos Aires. Editorial Ramón Sopena, 1973.
2. Freud S. Obras Completas. Buenos Aires. De Amorrortu, 1985. Neurosis y Psicosis (1923 - 24).
3. Fava Vizziello G, Zorzi C y col. Los hijos de las máquinas. Buenos Aires. De. Nueva Visión; 1993.
4. Raimbault G. El Psicoanálisis y las Fronteras de la Medicina. Barcelona. De. Ariel; 1985.
5. Fabre Grenet. Consequences de la separation mer-enfant des la naissance sur le devenir des prematurees. Progres en neonatologie. París. Editorial Karger, 1990.
6. Navelet Ch F. Comment prevenir les risques de perturbation du development relationnel des enfant prematurees hospitalises en service de Reanimation. Presentado: Terceras Jornadas de Clamart. Febrero de 1990. París. Francia.
7. Benítez A, Aspnes N, Galindo A, Larguía AM. Utilización de una residencia Hospitalaria por Madres de Prematuros de muy bajo peso. Revista del Hospital Materno Infantil R. Sardá, 1993; Vol. XII; N° : 3.
8. Larguía AM y col. Manejos Integrales en Neonatología en: Neonatología. Buenos Aires. Ed. Ergon; 1996.
9. Larguía AM y col. Normatización de la atención neonatal en cuidados intermedios e intensivos. Buenos Aires. Ed. Fundación Neonatológica para el RN y su Familia. 1994
10. Negri R. Una metodología di intervento sui genitori del nonato gravemente pretermine. Giorn. Neuropsich. Etá Evol. Milano, 1988, Vol. 5.
11. Meltzer D. Aesthetic conflict: its relation to personality development and to violence. París, Payot, 1988.
12. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Cap. II. París. Editorial PUF, 1985.
13. Bocaccio C. et al. Aspectos relacionados con el psiquismo del recién Nacido. Revista del Hospital Materno Infantil R. Sardá, 1994; Vol. XIII N° 2.
14. González MA et al. Tareas grupales con padres de niños internados en terapia intensiva neonatal. Presentado en las Segundas Jornadas de Salud Mental, Psicoanálisis e Instituciones. APDEBA, Sept./Octubre 1994, Buenos Aires.
15. Freud S. Ib. Id. Introducción al Narcisismo (1914).
16. Freud S. Ib Id. De guerra y de muerte. Temas de Actualidad (1915).
17. Rilke RM. Elegías Duinesas, cuarta elegía (fragmento). Antología Poética, Espasa Calpe, Madrid, 1968, p. 123.
18. Ansermet F. ¿Dé que sufren los niños en Neonatología? El Niño, Revista del Campo Freudiano Paidós, Barcelona, 1995.