

INTERVENCIÓN PALIATIVA DESDE LA PSICOLOGÍA PERINATAL

Liliana Nieri¹

Resumen

La psicología perinatal, es un nueva rama que pertenece a la psicología de la primera infancia, la misma abarca el embarazo, parto, puerperio y los primeros meses de vida del niño.

Una de las modalidades de trabajo del psicólogo perinatal es acompañar la guardia de neonatología y obstetricia, es decir, que la modalidad de su trabajo es interdisciplinario.

Es necesario considerar que el psicólogo perinatal opera bajo la metáfora de “psicólogo de trincheras” –es decir, que opera mientras suceden los hechos–, es por eso que debe tener flexibilidad teórica y práctica, ya que aborda diferentes situaciones.

En relación a las investigaciones sobre los cuidados paliativos, se ha hallado poca teoría acerca de la función del psicólogo perinatal y el desarrollo de los mismos. Esto me llevo a plantear cuales son los pasos e intervenciones que debería hacer el psicólogo en estas situaciones.

Es decir, que el objetivo de este trabajo es explicar qué son los cuidados paliativos y como se aplican estos conceptos en el campo de la psicología perinatal. Asimismo, se creará una guía para poder ilustrar los pasos realizados en este tipo de intervenciones.

Palabras claves: Psicología, cuidados paliativos, intervenciones

Abstract

Perinatal psychology is a new branch belonging to the psychology of early childhood; it covers pregnancy, childbirth, postpartum and early life of the child.

One method of perinatal psychologist's work is to accompany the guard neonatology and obstetrics, namely that the pattern of his work is interdisciplinary.

It is necessary to consider the perinatal psychologist operates under the metaphor of “psychologist trenches” –that is, which operates the facts as they happen– that's why we must have the flexibility theory and practice, addressing different situations.

In relation to palliative care research, has found little theory about the role of perinatal psychologist and developing them. This brings me to what steps and interventions that a psychologist should do in these situations. This means that the objective of this paper is to explain what is palliative care, which is the neonatal bereavement and how they apply these concepts in the field of perinatal psychology. Also, the use of a case as an example, to illustrate the steps taken in this type of intervention.

Keywords: Psychology, palliative care, interventions

Introducción

Los cuidados paliativos surgieron en Inglaterra en la década del 60 como consecuencia del sufrimiento no aliviado de los enfermos que padecían enfermedades crónicas incurables. Este movimiento emerge en respuesta a múltiples crisis institucionales y profundas transformaciones socio-histórico, luego de la segunda guerra mundial.

El término “paliativo” deriva de *pallium*, palabra latina que significa “capa”. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, es decir, que tiene como objetivo buscar el alivio de los síntomas, del dolor y del su-

1. Licenciada en Psicología.
CONICET - Universidad de Palermo

frimiento en los pacientes que se encuentran en la fase final¹.

Consecuentemente con lo anterior, Gómez (1998) ha definido cinco elementos que conforman las bases terapéuticas en pacientes terminales.

En primer lugar, se encuentra la atención integral, es decir, la consideración de los aspectos tanto físicos como psicológicos, emocionales, sociales y espirituales en el contexto de una atención continuada e individualizada.

En segundo lugar, se define al enfermo y su familia como la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo del enfermo; por consiguiente la misma requiere medidas específicas de ayuda y educación².

En tercer término, se considera la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo, en donde se intenta elaborar en conjunto con él los objetivos terapéuticos.

El cuarto elemento tiene que ver con una concepción terapéutica activa, que implica una acción rehabilitadora y activa en la situación de terapia.

Y por último, hay que considerar la importancia del ambiente, ya que es necesario crear un ambiente de respeto, confort, soporte y adecuada comunicación, lo cual estará estrechamente ligado a las actitudes de los profesionales y familiares².

Los cuidados paliativos en UTIN

Cuando el recién nacido ingresa a la UTIN -Unidad de Terapia Intensiva Neonatal-, la pareja se ve fuertemente golpeada. Para los padres es difícil aceptar que el primer hogar de su bebé es un sitio lleno de sondas, monitores, personas desconocidas, sonidos extraños, etc³.

Es necesario tener en cuenta que la maternidad es un fenómeno psico-biológico, y también una crisis evolutiva y vital, que reactiva los problemas del pasado y potencia los problemas del presente -afectando, en su mayoría, los vínculos con los otros-.

Esta crisis evolutiva es atravesada por la madre en función de su historia personal, su estructura de personalidad, la situación presente, las características del bebé y la ubicación de este niño en el desencadenamiento histórico de su familia⁴.

Si bien el embarazo en sí mismo implica una crisis normal, como se menciono anteriormente, hay que tener en cuenta que el nacimiento de un niño en riesgo o con alguna discapacidad, provoca en la madre otra crisis circunstancial, es decir, que se provocaría una doble crisis: crisis de la maternidad y crisis circunstancial por la internación de su hijo en UTIN.

Este entrecruzamiento de crisis provoca en las madres un sentimiento de angustia, ansiedad, resignificación de problemas anteriores, entre otros. Es decir, que un bebé en la UTIN plantea en los padres un estado de pérdida de un bebé sano.

Es importante entender la perspectiva de los padres cuando su bebé es ingresado a UTIN, ya que ocurre una separación asociada a una mala noticia -a veces devastadora- que afecta al núcleo familiar y que esto a su vez los lleva a afrontar responsabilidades y decisiones con frecuencia difíciles e inesperadas³.

En los casos de prematuridad extrema, de patologías congénitas complicadas, de sepsis o asfisia severa, la muerte puede llegar a ser inevitable a pesar de todos los esfuerzos. Este final de vida que sucede apenas iniciando la existencia extrauterina es muy impactante, es un momento triste, a veces de desesperación, en el que se debe optimizar la paliación de síntomas del bebé mediante el adecuado manejo del dolor, tratando de maximizar su comodidad.

Edith Vega, en su libro "El psicoterapeuta en neonatología" describe las diferentes etapas y reacciones por las que atraviesan los padres cuando reciben la noticia de la internación de su bebé.

La primera reacción es la de "incertidumbre"; los padres al enterarse de la situación de su bebé comienzan a plantearse nuevos interrogantes. En esta etapa la comunicación es lo más importante, los médicos deben ordenar los datos, ser honestos, claros y consistentes con la información.

Luego, surge la segunda etapa, la cual se caracteriza por la "búsqueda de significados", generalmente los padres viven la enfermedad del bebé como una agresión a ellos mismos -herida narcisista-, también, suelen sentirse culpables o buscan a otros a quien culpar -como por ejemplo: a los médicos, al destino, a Dios, etc.-.

Seguido de esto aparece la rebeldía, negación y aislamiento. Luego la negociación y los rituales; finalmente, los padres aceptan el diagnóstico y sus futuros tratamientos⁵.

En estas circunstancias el equipo se dirige al paciente recién nacido (RN) y también a los padres; ellos son los intermediarios de su comunicación y de sus necesidades. La información sobre diagnóstico y pronóstico deberá ser un proceso continuo y progresivo, que incluya las preguntas de los padres, desde el comienzo de la internación hasta el momento del fallecimiento.

Como mencionamos anteriormente una de las funciones del psicólogo perinatal es ser el nexo entre los padres del bebé y los médicos, con el fin de

poder traducir y transmitir el lenguaje técnico de los médicos⁵.

Otra función del psicólogo en esta área es que los padres acepten la realidad del bebé y que a su vez, puedan conectarse con él –tocándolo, tomándolo en brazos, retirándolo de la incubadora, etc–. Asimismo es necesario tener en cuenta que en muchos casos el desenlace del bebé no se da rápidamente sino que es un proceso largo, en donde es necesario sostenerlo y acompañarlo. Aquí la intervención del psicólogo es para reforzar el vínculo madre-padre-bebé, para que este último se sienta sostenido.

Es necesario tener en cuenta que cuando el estado del bebé es grave, los médicos pueden apagar las alarmas pero mantener los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica aunque sea con parámetros mínimos, con el objetivo de que los padres no perciban un cese completo³.

La muerte de un hijo es un acontecimiento profundamente doloroso, que afecta a toda la estructura familiar por lo que hay depositado en él y haciendo que la elaboración del duelo sea más compleja⁵.

Además, la muerte de un recién nacido afecta al equipo de salud; para ellos resulta muy difícil ser testigos de una muerte contra la que se intentó luchar por distintos medios. Esto implica enfrentar problemas intelectuales, técnicos y emocionales, en donde se piensa en qué se hizo y cómo se hubiera podido evitar; esto significa que ellos deben renunciar a su omnipotencia y aceptar sus limitaciones.

El equipo médico estará afectado emocionalmente, ya que es un bebé que se pierde es un espacio emocional que permanece con el vacío de la muerte y con el dolor por el sentimiento que acompaña la pérdida de esos padres.

Sin embargo el equipo médico debe ofrecer un sostén emocional en sentido integral, no sólo dando información clara, cercana y detallada; debe brindar, también, compañía y consuelo.

Cuando fallece el bebé la información debe darla el profesional que haya asistido al bebé y tenga un vínculo más cercano con los padres, un poco más de empatía y confianza.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estos eventos en las UTIN deben ser atendidos y acompañados por un experto en el manejo de emociones y especialmente del duelo, ya que todos los que asisten a una unidad intensiva están afectados por la muerte⁶.

González, Larguía y Lomuto (2007) aclaran que es necesario que los médicos, ante el fallecimiento de un bebé, faciliten un lugar privado –una habitación, un pequeño sector– donde los padres puedan

recibir a sus grupos familiares, dando lugar al inicio de los rituales necesarios, previo a que el cuerpo del niño sea trasladado a la morgue. Ellos pueden acompañarlos si lo desean o necesitan, así como también facilitarles todos los complejos trámites institucionales y extrainstitucionales³.

Además, es importante referirse al niño por su nombre y aceptar que sus familiares hablen sobre él cuando haya fallecido, ésta es una actitud de respeto y acompañamiento que favorece el inicio del trabajo del duelo en los padres.

En este momento es importante contactar a la familia con los servicios de Salud Mental, por las posteriores consultas que pudieran realizar. Se ha comprobado que muchos padres regresan –cuando la conmoción inicial está superada–, a buscar a determinado médico o enfermera, para saludarlos o para realizarle preguntas sobre el fallecimiento y/o patología del niño.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue sistematizar una guía para poder actuar con naturalidad y saber cómo intervenir ante el sufrimiento de los padres y sus familiares.

En relación a los padres se debe: trabajar la culpa para que no sea un obstáculo en el vínculo con el bebé, indagar sobre las creencias personales de los padres y trabajar con ellas como un recurso de afrontamiento, respetar los silencios y los espacios (el sostén psicológico no se limita a hablarles a los padres, sino, que también, se los acompaña desde el silencio, darles un pañuelo o una palmada en la espalda es suficiente para demostrarles que estamos ahí y que cuando tengan ganas de hablar acudiremos en seguida), pedirle a los neonatólogos y enfermeras que permitan el ingreso de los familiares al servicio de neonatología (esto hace que los padres se sientan acompañados por sus familiares y a su vez, hace que la familia pueda inscribir en la historia familiar a este bebé real), preguntarles a los padres si quieren cargar en brazos al bebé, esto ayuda al proceso de duelo y les devuelve el rol protagónico de padres, entre otros.

En relación al equipo médico: el psicólogo debe acompañar a superar los sentimientos de impotencia y culpa, se debe fomentar, acompañar y respetar los rituales de despedida que realicen cada uno de los miembros del equipo, reforzar periódicamente conocimiento sobre duelo, entre otros.

Conclusión

Como mencione durante el desarrollo del trabajo, se ha encontrado pocas investigaciones sobre

los cuidados paliativos en unidad de cuidados intensivos neonatal y sobre la función del psicólogo perinatal en esta situación

Referencias

1. Alberti M., Lores R, Menchac, A. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Rev Med Uruguay 2008;24:50-55.
2. Gómez R. La Medicina Crítica en la era de la Bioética. Avances en Medicina Intensiva. Madrid: Panamericana; 1998.
3. González M, Largaía M, Lomut, C. Contención de padres en crisis. Comunicación y manejo de los padres de RN en riesgo de morir. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2007,4(26):178-181.
4. Oiberman A. Nacer y Después: Aportes a la Psicología Perinatal. Buenos Aires: JCE Ediciones; 2005.
5. Vega E. El Psicoterapeuta en Neonatología: Rol y Estilo Personal. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
6. Pinzón N, Grosso S, Rocha F. Procedimiento: manejo de duelo en la unidad de recién nacidos (publicacion periodica en linea) 2007 med.javeriana (citada 2007 Jul 17). Se consigue en: <http://med.javeriana.edu.co/pediatria/guias/enf/duelo.doc>.