

VÍNCULOS Y SOLEDADES EN EL TRABAJO EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA (1)

Abordemos el tema evocando el nacimiento de Dionisio. Él es hijo del dios Zeus producto de un amor secreto con Sêmele, una mujer mortal. La diosa Hera celosa de las costumbres de su esposo Zeus, la busca a Sêmele –que ya tenía seis meses de embarazo– transformada en una anciana (o como nodriza en otras versiones). La convence que le pida a su amante misterioso que se manifieste en su verdadera naturaleza y forma, porque de otro modo no podría saber ella si se trataba de un monstruo. La duda quedó sembrada en Sêmele, quien termina pidiéndole a Zeus que se mostrara en toda su gloria como evidencia de su divinidad. Se dice que Zeus le rogó para que no se lo pida, pero ella insistió al punto de llegar a negarle el ingreso al lecho si es que no atendía su pedido. Frente a ello, Zeus se apareció a Sêmele en forma de truenos y rayos y la consumió. A partir de aquí hay dos versiones, una es que Hermes rescató al bebé seismesino y lo cosió dentro del muslo de Zeus; otra versión dice que el mismo Zeus logró rescatarlo y se lo plantó en el muslo por tres meses hasta que pudo nacer. Por eso es que se habla de Dionisio, como el nacido “dos veces”.

¿Cuál es el vínculo de este mito con el trabajo en neonatología? Dionisio sería ahora un prematuro seismesino y el muslo de Zeus representaría la función de la incubadora, máquina que ayuda a sobrevivir al neonato y a terminar su desarrollo fuera del vientre de la madre.

La población, de quienes trabajamos con recién nacidos en riesgo y sus familias en los servicios de neonatología, tal como lo hacemos desde el área de Psicología perinatal de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica, son aquellos recién nacidos que requieren de una incubadora o de permanecer en la UCI separados de su madre para poder sobrevivir. Allí se encuentran tres tipos de bebés: a) los prematuros, es decir, recién nacidos con menos de 37 semanas de gestación, b) los que han nacido a término y que presentan enfermedades agudas o anomalías anatómicas que pueden ser corregidas con cirugía y c) los que nacen con anomalías congénitas que no pueden ser corregidas hoy en día. Como es de esperar, la separación de la madre y su hijo por las necesidades

de supervivencia, así como los temores y ansiedades que la situación genera, maltrata mucho los vínculos. Por ello saludamos la propuesta del Congreso sobre vínculos y soledades, porque coincide con lo que vivenciamos y vivencian las familias de los recién nacidos en estos espacios.

Consideramos que es posible desarrollar una clínica psicoanalítica en estos espacios, en un ámbito donde el cuerpo -el sobrevivir o hacerlo con las menores secuelas físicas posibles- es hasta ahora el principal objetivo, tanto para la familia del recién nacido como para los profesionales que trabajan en este servicio. Pensamos que sí es posible trabajar desde esta perspectiva que además se ha venido dando desde hace mucho tiempo en otros países; lamentablemente en el Perú es algo aún nuevo. Al respecto es importante destacar la apertura y confianza que mostraron los doctores del Servicio de Neonatología del Hospital nacional Docente San Bartolomé, así como su Oficina de Gestión de calidad, que nos permitieron tanto desarrollar nuestro trabajo como también hacernos sentir parte del equipo.

El abordaje se hace justamente tomando posición frente al sufrimiento e interviniendo sobre él, incorporando el trabajo en la dimensión subjetiva, y tratando de mermar y elaborar el sufrimiento psicológico. Un punto importante es mantener y/o potenciar los vínculos, lo que va a ayudar a facilitar un desarrollo lo más saludable o satisfactorio posible a nivel psicológico en el marco de esta experiencia. La clínica también incorporará el tema ambiental y a los profesionales que laboran en estos espacios, entendiendo que es parte del trabajo generar un ecosistema lo más saludable posible que pueda facilitar el desarrollo de los vínculos y mermar soledades, así como favorecer un desarrollo dentro de la situación traumática y disruptiva que implica vivir esta experiencia.

Las intervenciones nos pueden ilustrar acerca de las dimensiones de este trabajo; así como algunas reflexiones finales dentro de lo que el tiempo permite. Quisiéramos empezar planteando que trabajamos desde el ámbito del psicoanálisis vincular a partir del cual entendemos al recién nacido como una persona activa que constantemente busca establecer vínculos. Tomamos como base los trabajos de Lebovici con su enfoque

de las interacciones precoces, así como las ideas de Stern y sus trabajos sobre el recién nacido. Nos hemos valido también de Brazelton, Bion hasta los planteamientos de los teóricos del apego como Bowlby, Ashton, Fonagy, Marrese entre otros. Para estos teóricos el recién nacido busca establecer vínculos con su entorno tanto físico como personal, por lo que es importante trabajar con el ambiente y las personas, con las madres y los profesionales, ya que entendemos que todos los que se acercan al recién nacido son percibidos por este como figuras de afecto, parentales o de apego. Esto se intensifica en el caso del RN que ha tenido que ser separado de su madre por motivos de salud, lo cual ya vuelve al entorno poco familiar, tenso y con pocas posibilidades de contacto humano para él.

La primera intervención que denominamos de tipo ambiental se da en la unidad de referidos. Al ingresar, encuentro seis RN en cunas o incubadoras, una enfermera y tres madres dando de lactar, todo en silencio, bajo un ambiente tenso. Entre ellas ubico a una madre que sonrío al verme y recuerdo que había conversado con ella la semana anterior en Madre acompañante. Me acerco y con pena le pregunto qué pasó, debido a que la había visto con su bebe en madre acompañante la semana anterior. Me dice que está de paso porque tienen que ponerle a su bebé albúmina, que en tres horas regresa con ella a su cuarto. Me explica que su niña está perdiendo proteínas en la orina, si pues el digo Yahaira estaba mal de sus riñones, me lo confirma y me comparte que le han hecho unos análisis que han mandado a EEUU y que demoran entre 3 y 6 meses en dar los resultados. Le comento que Yahaira toma bien su teta, que lo hace rápido y después se para. La madre me responde que así es ella, que cuando se cansa y se siente satisfecha, rechaza la teta. Le pregunto qué tiempo tiene. “Catorce días –responde- catorce días mire Ud. Le digo 14 días y ya tiene sus cosas su estilo clara, ella sonrío. Percibo la mirada de otro RN que estaba con su mamá al lado; los saludo, y tengo la sensación que habíamos hecho un grupo con las tres mamás, conectados por las miradas. Comento que cada bebe tiene su ritmo y que así como la Sra. Elsa, cada una va a ir encontrándolo. Veo otra mamá con su bebe que está lactando ávidamente; le comento “su nene sí que tiene hambre”; y comparte que en la noche anterior lo ha internado por emergencia. Le digo que seguro la ha estado extrañando y se está poniendo al día; a la madre le cambia el gesto y sonrío. Le pregunto su nombre y nos dice “Ariel” y que ella se llama “Luisa”. Le digo a Arielito que debe de haber estado extrañando a su mamá. Percibo a la tercera

mama que estaba tensa, callada pero escuchando, y le digo Ud. Señora, y me cuenta porque está su hijo, pregunto su nombre, se llama Ángel, y me dice que no toma bien la leche, que recién le estaba pudiendo dar de lactar; le comento que cada bebe tiene su ritmo y que poco a poco lo va a ir conociendo, como ha pasado con las otras señoras. Se abre así un espacio de intercambio entre ellas sobre las experiencias que cada una está viviendo. En un momento hago un comentario al peinado de Ángel, que era como de rapero (porque lo habían peinado con los pelos parados). La madre se ríe y la Sra. Elsa nos comenta que a Yajaira le han hecho raya al costado, que le queda bonito y que es la primera vez que la ve así. Les comento, incorporando a la enfermera, que ellas bañan y ponen bonitos a sus bebes antes que ellas lleguen. El ambiente se vuelve más cordial y relajado; la enfermera se incorpora compartiendo algo de lo que hacen en la mañana con los bebes antes de que lleguen las mamás; que los bañan y los arreglan. Así continúa el intercambio, hasta que entra una doctora a la que incorporamos, la otra mama dice que al suyo no lo han peinado, la Dra. Responde que sí que parece Napoleón, sumando comentarios de los estilos que llevan los niños; y el ambiente se distiende mientras siguen dando de lactar.

Una segunda intervención con una madre y su recién nacido. En la reunión médica se habla sobre un RN que permanece en el espacio de intermedios con problemas respiratorios y que la mamá no está viniendo a darle de lactar, me piden que los apoye a ver qué pasa. Terminando la reunión voy a ver al recién nacido, se apellida “Gutiérrez”, le digo lo voy a llamar “Gutierritos” porque no sé su nombre. Le cuento que está acá porque tiene dificultades para respirar y que voy a buscar a su mamá para conversar con ella porque no está pudiendo venir a verlo. Ubico a la madre y le comento que había estado con su hijo al que había llamado Gutierritos. Ella sonrío y dice que se llama “Jean”. Le digo que vengo a acompañarla porque me imagino que debe estar pasando por una difícil situación. Hace un silencio y empieza a lagrimear; y a compartirme su preocupación por que no lo puede ver, que ha tenido una cesárea que se ha complicado y no se puede mover. Comienza a llorar, sigue compartiendo que su esposo solo puede venir de noche porque trabaja; que él tampoco había podido llegar a verlo; comenta sobre el parto, que le dijeron que Jean estaba grave y se lo llevaron apenas nació; que no sabía lo que le pasaba ni cómo era. Continúa llorando y diciéndome que la acompaña su mamá pero que a ella no la habían dejado entrar y que tampoco había podido

informarse de lo que le pasaba, porque sólo informaban a los padres. Reitera varias veces -mientras comparte otros temas-entre llantos, que no lo conocía que no lo había visto. Le digo que entiendo lo difícil que debe ser estar en esa situación, comparto algo muy general sobre lo que los doctores habían dicho en la reunión. Y le sugiero que sería mejor que se entere de primera mano y que iba a ver cómo podíamos lograr que alguien venga a informarle o que su mamá pueda ser informada. Sigue compartiendo entre sollozos temas acerca de su embarazo, parto y la ilusión que tenían, reiterando en varios momentos, lo duro que era no conocerlo. El sentimiento que generan estas madres es de estarse descargando porque contra transferencialmente uno siente que se va cargando. O tomando a Bión podríamos pensar en el reverie: nos descargan partes beta como un intento que las metabolicemos en alfa.

Me despido diciéndole que voy a contarle a Jean que tiene una madre que lo quiere y lo extraña pero que no puede ir a verlo porque está delicada, ella nos agradece. Regreso a buscar a Jean para compartir con él lo que habíamos vivido con su madre y se me ocurre sacarle una foto; en realidad varias fotos, y regreso para enseñárselas a la mamá. Se conmueve mucho; llora esta vez de emoción y nos pide que se las enviemos a su teléfono., mientras va compartiendo que se parece al padre y que tiene los ojos de su abuelo, después se pone triste porque lo ve en la incubadora con unas vías. Ello me permite explicarle la función de cada cosa y decirle que si todo va bien, ella poco a poco va a ir asumiendo esas cosas, como una forma de establecer puentes con la separación y rescatar su lugar. Nos despedimos, me agradece y se queda mirando a Jean.

Algunas reflexiones finales. Tratemos de vincular estas intervenciones con la propuesta de la Psicología Perinatal para el trabajo con recién nacido en riesgo, trabajo que está desarrollando el área de psicología perinatal de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica. Esta es una especialidad que se ha venido desarrollando desde hace muchos años en países tanto vecinos como más alejados, pero que en nuestro país lamentablemente está en ciernes.

No es casual que muchos de los iniciales trabajos en esta área llevaban títulos como “Humanizando los servicios de neonatología”. Ello aludía a que por la demanda intensa

por la salud y el sufrimiento físico, así como por la sobrevivencia del recién nacido, se habían dejado de lado otras dimensiones como la del sufrimiento psíquico, así como la posibilidad de tomar en cuenta y favorecer un desarrollo psicológico lo más saludable posible a pesar de la experiencia traumática que les toca vivir a estas familias. Después se ha demostrado incluso que incorporar esta dimensión favorece además una recuperación más rápida de los problemas físicos de los recién nacidos, favoreciendo además su desarrollo.

Por ello la importancia de nuestra intervención en el trabajo ambiental, aspirando a hacer el ambiente lo más familiar posible, donde tenga un lugar la palabra y el intercambio de ideas y sentimientos. Este compartir experiencias por ejemplo, hace que las madres no se sientan tan solas en lo que viven, a la vez que favorece al desarrollo del vínculo y a no dudar, permite que una experiencia como la lactancia pueda ser más placentera y hasta posible pues sabemos que la tensión y la ansiedad excesivas pueden obstaculizar la producción de leche en la madre. Por otro lado, que se incorpore la afectividad en la relación con los profesionales va a ayudar a que las madres desarrollen una mayor confianza en quienes están delegando el cuidado de sus hijos, lo cual hace la situación más llevadera tanto para las madres y sus bebés como a los profesionales, ya que incorpora algo de placer y salud en un ambiente de por sí tenso. A partir de estas experiencias y la posterior conversación con ellos, los profesionales van incorporando otra forma de relación con las madres, que incluya la palabra y la relación con ellas como parte del trabajo.

De ambas intervenciones queremos continuar reflexionando sobre cómo se da la demanda en este trabajo. Es muy difícil que una madre busque ayuda en nosotros mientras vive esta experiencia. Quizá en otros países donde el lugar de nuestro trabajo está más incorporado, es más sencillo. La experiencia muestra que tiene que ser una propuesta institucional o de los profesionales que trabajan en ella, según Mathellin a todas las madres que pasan por estas experiencias se les debería ofrecer la posibilidad de atención, es decir ofrecernos a brindarles un espacio para acompañarlas, pensar juntas. Pero no son pocas las situaciones en que percibimos en la mirada de las madres una demanda de ayuda de compañía.

Como dice la doctora Vega en su libro *El psicoterapeuta en neonatología*, este es un trabajo de trincheras, lo hacemos al costado de las camas, en los pasadizos, en los espacios de UCI o intermedios, y se aborda a la madre por la situación que está viviendo. Un punto importante es que los doctores o nos pidan apoyo, como en el caso de Jean, esto muestra que en estos años de trabajo estamos logrando un lugar para nosotros en el marco de todas las atenciones que se brindan en estos servicios, donde ya se conoce su utilidad y trascendencia.

Nuestro abordaje se da en el marco de la intervención en crisis, de características focalizadas en la elaboración de la situación que les toca vivir. Como apreciamos en ambas intervenciones la propuesta de un espacio para compartir, de un vínculo para pensar juntos, es rápidamente tomada por las madres, estableciéndose un vínculo de confianza íntimo en el marco de espacio compartido; esta experiencia es vivida y sentida por nosotros como una necesidad de un holding, quizá muy vinculado a lo que a estas madres les está siendo difícil brindar a sus bebés. Se trata de un espacio donde se puede hablar del dolor, del sufrimiento, de lo incomprensible, de la impotencia, de la incertidumbre, de la rabia, cosas que no pueden compartir con sus familiares, quienes también golpeados por la situación, evitan hablar de eso.

Podríamos seguir reflexionando a partir de estas dos intervenciones desde muchas más vertientes, pero por temas de tiempo vamos a terminar nuestro trabajo hablando algo en torno a la comunicación a dos niveles: el institucional y el personal. Sabemos que no es la información en sí lo que articula, pero sí constituye una materia prima con la cual empezar el entretejido, el entramado, como las palabras que le damos al recién nacido que si bien no son comprendidas en su sintaxis, para él vienen envueltas de significación porque vienen de otro que quiere comunicarse con él; ese es el sentido que transmite. Por otro lado, en el caso de la foto de Jean, es interesante cómo este tipo de experiencia, permite que se retome un proceso que esta experiencia había bloqueado: reubicar a Jean en su historia y su sitio en la trama familiar, saliendo del lugar de las fantasías terroríficas en la que estaba, y pasando a tener parecidos con familiares, a vincularse con su historia generacional, dejar de ser un fantasma que asusta y volver a

ser familiar. Por último a nivel institucional también es importante aportar a una comunicación más fluida, que a veces por la demanda de trabajo puede presentar algunas fisuras. Desde ambos vectores es posible mermar las soledades y favorecer los vínculos que es tema del presente Congreso.