

IMPLICANCIAS DEL NACIMIENTO PATOLOGICO EN EL VINCULO Y EL DESARROLLO DEL LACTANTE Y SU FAMILIA

Dra. Célida E. Menéndez

Quienes trabajamos en las unidades de cuidado intensivo neonatal vemos que además del riesgo biológico que presentan los niños internados por su patología, deben enfrentar un alto riesgo de problemas vinculares, a consecuencia de las vicisitudes padecidas por sus padres.

En primer término pensemos lo que significa un hijo para sus padres. Es un pasaporte idealizado a la inmortalidad, alguien que les permite trascender más allá de la propia existencia.

Los padres esperan un hijo idealizado, en el que depositan todas sus expectativas, un hijo perfecto que viene a reivindicarlos y mejorarlos. Ningún hijo, ni aún sano, conforma totalmente la ilusión de los padres, siempre existe una brecha entre el ser real y el soñado.

Pero los niños internados en nuestras unidades, poco o nada tienen que ver con aquel hijo idealizado. Estos niños minúsculos, cubiertos de lanugo, a veces con malformaciones visibles, con heridas quirúrgicas o rodeados de cables, tubos y aparatos, están realmente muy lejos de cualquier ilusión de belleza y salud.

A esto se suma la separación sufrida por la diáda madre-hijo. La madre se encuentra en un estado psíquico peculiar al que Winnicott llamó "Preocupación Materna Primaria". Este estado, condicionado biológica y psicológicamente se inicia con la percepción de los movimientos fetales, en el 5^{to} mes de embarazo, y concluye algunas semanas después del parto. Este período sensible requiere del contacto precoz entre la madre y el niño, de la mirada ojo a ojo, del contacto piel a piel, para el establecimiento del vínculo. Es una etapa de reestructuración psíquica de la madre al fin de la cual el hijo queda incorporado en su psiquismo.

Pensemos además que la autoestima materna se construye progresivamente a partir del reconocimiento de las necesidades del bebé, y de la capacidad para confortarlo y satisfacerlo. Las madres de los recién nacidos internados en unidades de terapia intensiva deben delegar los cuidados de sus hijos en personas extrañas, que parecen saber mejor que ellas lo que sus niños necesitan.

Hasta deben a veces resignarse a pedir permiso para verlos o tocarlos.

Los padres están además atormentados por sentimientos de culpa. En su afán de buscar explicaciones a lo inexplicable se preguntan qué hicieron o dejaron de hacer para que les pase todo lo que les pasa, y a estas preguntas pueden dar las respuestas más mágicas y absurdas, muchas veces autodestructivas de la madre y la pareja.

Sienten culpa además por su propia ambivalencia. Es probable que al ver a su niño hayan sentido rechazo y ganas de huir y esto los hace sentir monstruos desalmados ya que los padres, según el mandato introyectado, deben amar a sus hijos a primera vista.

Algunos no se perdonan haber pensado que era preferible que su bebé muera antes de que tenga severas secuelas neurológicas.

Se produce un juego complejo de desplazamientos y proyecciones de los padres entre sí, y hacia el entorno. Los padres se reprochan mutuamente su diferente manera de sentir o de expresarse, su mayor o menor compromiso y se sacuden los cimientos de la pareja. Tampoco se sienten comprendidos por su familia y sus amigos; las frases de consuelo les molestan, se irritan con quienes minimizan la gravedad de la situación o tratan de distraerlos.

Es muy frecuente que vuelquen su hostilidad hacia los médicos y las enfermeras, y a medida que la internación se prolonga los padres se transforman

en expertos en detectar todas las falencias de la institución, lo que a su vez se convierte en fuente de inseguridad y desconfianza hacia quienes cuidan de su hijo.

Puede ocurrir que en el transcurso de la internación, el niño se encuentre una o más veces grave, al borde de la muerte. Al ser comunicado ésto a los padres se inicia un proceso de duelo anticipatorio con el consiguiente retiro libidinal, que complicará las relaciones futuras con ese hijo si finalmente sobrevive.

La información médica tiene a veces efecto traumático, ya sea por la brusquedad con que se vierte, por estar plagada de crudeza o tecnicismos, por no tener en cuenta las posibilidades de comprensión de los padres, o por cerrar todos los caminos de la esperanza, muchas veces innecesariamente.

Frecuentemente los padres deben enfrentar el desmembramiento de sus familias al tener que repartirse entre el bebé y los otros hijos, o delegar el cuidado de estos últimos a sus familiares, amigos o aún vecinos, sintiéndose culpables e intranquilos.

En nuestro país no es raro que los bebés sean trasladados desde lugares remotos, por lo cual sus padres sufren además el desarraigo social.

Cuando llega por fin el momento del alta, los padres regresan a sus hogares devastados por la crisis, arrastrando su pesada carga de temores, frustraciones e incertidumbre, con miles de preguntas que en muchos casos solo el tiempo responderá. Muchas veces están sobrecargados con tareas de estimulación o rehabilitación, o con el manejo de cuidados especiales, como una colostomía u oxígeno terapia.

Muchos padres ven a sus niños frágiles y vulnerables, los sobreprotegen y tienen dificultades para ponerles límites. Aún en los casos en que no haya causa orgánica para sustentar los trastornos, estos niños pueden presentar dificultades en el sueño, en la alimentación y en el control de esfínteres así como problemas en la separación y en la conducta. En casos extremos las perturbaciones vinculares pueden conducir a fracasos del crecimiento, trastornos del desarrollo, o maltrato.

Hay mucho por hacer en nuestras unidades para la prevención. Enumeraré algunas medidas de fácil implementación.

1- Muchas de ellas pueden efectuarlas neonatólogos o enfermeras motivados y entrenados.

- * Al recibir a los padres en la unidad, es importante comunicarles no sólo el estado del bebé, sino también las características de los cuidados que se le brindarán.

- * Hacer una breve reseña sobre los usos y costumbres del Servicio, como el régimen de visitas, el personal de la unidad, e identificar a

los responsables del cuidado y la atención del niño.

- * Es necesario explicar de manera sencilla los elementos técnicos que rodean al bebé, señalando especialmente el carácter indoloro o no invasivo de algunos de ellos, y subrayando su utilidad.

- * Es importante que haya un médico de cabecera o un referente que centralice la información, y a quien puedan acudir con sus preguntas. Este interlocutor de los padres debe tratar de comprender cuál es el significado de este niño en esa familia, ¿es el primer hijo, hubo esterilidad, hubo pérdidas anteriores?

- * Los padres merecen recibir la información en un espacio y tiempo adecuados, y en un lenguaje comprensible para ellos. Si se tratara de una información crucial, como el diagnóstico o el pronóstico, es importante que estén ambos padres presentes. De no ser posible, dar a la madre la posibilidad de estar acompañada por alguien que ella designe (ej: abuela del niño).

- * Siempre que los tiempos lo permitan, la información se debe dosificar y reiterar a fin de detectar lo que los padres entendieron. Se debe señalar lo positivo además de lo negativo, y ser muy cautos con el mal pronóstico.

- * Es fundamental permitir y fomentar la presencia de los padres en la unidad, sobre todo de la madre, con las menores restricciones posibles y alentar la participación activa de los padres en los cuidados. Por más grave que esté el niño, siempre hay algo que los padres pueden hacer. Desde traer un objeto a su elección para poner junto al bebé, sacarse leche, alimentarlo por sonda o biberón, cambiar pañales, higienizarlo.

- * Se debe tener en cuenta a los hermanos, permitirles la visita, preparándolos previamente para la experiencia.

- * Un recurso muy valioso es la reunión de padres. En ésta se provee un espacio de palabra para el torbellino de sentimientos y experiencias que los padres viven día a día. Facilita la expresión de afectos y la elaboración de la situación. Alienta la solidaridad entre los padres, y permite detectar indicadores de riesgo. Brinda la oportunidad de aclarar malentendidos y desinformaciones.

- * Se puede ofrecer orientación y sugerencias para algunas cuestiones como la información a los otros hijos, la anticoncepción, entre otras.

2- Si el Servicio cuenta con un psicólogo o psiquiatra, un recurso poco costoso comparado con la tecnología que se implementa en estas áreas de cuidado intensivo, se pueden realizar otras actividades además de las ya mencionadas.

- * Por ejemplo, una entrevista inicial, al 2^{do} o 3^{er} día de internación, la que permitirá conocer algunos datos fundamentales, como la presencia de madres adolescentes, de familias uniparentales, la ausencia de red de sostén, la presencia de adicciones, etc.
- * La contención emocional de algunas familias y cuando sea necesario el diagnóstico psicológico o la detección de problemas especiales, como la depresión y psicosis puerperal.
- * El trabajo con el staff en grupos de reflexión sobre la tarea, es importante ya que como sabemos el personal de estas unidades es especialmente sensible al "burn-out".
- * La presencia del psicólogo permite también la implementación de cuestionarios que ayuden a realizar cierta anticipación sobre el futuro vincular y sus riesgos.
- * La continuidad de la atención de estos niños en programas de seguimiento permite la evaluación periódica de la organización vincular y sus efectos en el niño. Si el psicopatólogo está conectado con estos programas se po-

drán realizar grupos de padres de las patologías específicas tales como cardiopatía congénita, atresia de esófago, displasia broncopulmonar y otras, que permiten con una economía de recursos, aprovechar el efecto multiplicador del abordaje grupal.

Como señalé anteriormente, la implementación de estas medidas no implica un alto costo económico, sino más bien un cambio de mentalidad.

Esta simple guía para la acción, que desafortunadamente es omitida en muchos servicios de neonatología permite con recursos sencillos y tecnología simple actuar en forma preventiva de muchos riesgos potenciales del vínculo, evitando así que la patología vincular y familiar agregue severas complicaciones al desarrollo pleno del niño que estuvo expuesto a un nacimiento patológico e internado en cuidados intensivos neonatales.

LECTURA RECOMENDADA

- El lactante, su madre y el psicoanalista. Serge Lebovici. Amorrutu editores. Bs.As.1988.
- Los hijos de las máquinas. Graziella Fava Vizziello. Nueva Visión. Bs.As. 1994.