

Trabajo con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos*

MARCEL CORTADA ESTEVE**

RESUMEN

A partir de un caso clínico como hilo conductor, el artículo trata sobre las dificultades que aparecen en el establecimiento del vínculo entre unos padres y su bebé ingresado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), y estudiar cómo abordarlas. Se plantea cómo la situación personal de estos padres, el proceso de gestación y del parto, el ingreso, el entorno propio de una UCIN y el tipo de praxis profesional del equipo asistencial, son un conjunto de factores que despiertan sensaciones y emociones muy intensas que si no son elaboradas pueden suponer una gran dificultad para el buen desarrollo global del bebé y de su familia. PALABRAS CLAVE: prematuridad, vínculo, parentalidad, primeras relaciones, psicología perinatal.

ABSTRACT

WORKING WITH PARENTS OF PREMATURE CHILDREN IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT. This paper reflects on the difficulties that appear in the establishment of attachment bonds between parents and babies admitted into a neonatal intensive care unit. A clinical case is presented and used to reflect on how to handle and manage these problems. The paper considers how the personal situation of the parents, the pregnancy and childbirth, the hospital admission, the particular environment of the neonatal intensive care unit and the type of professional practice offered by the assistance team are factors which can awaken intense emotions and sensations which, if poorly elaborated, can generate great difficulty to the baby's global development and family. KEY WORDS: prematurity, attachment bond, parenthood, first relationships, perinatal psychology.

RESUM

TREBALL AMB PARES DE FILLS PREMATURS EN UNA UNITAT DE NEONATS. A partir d'un cas clínic com a fil conductor, aquest article tracta sobre les dificultats que apareixen en l'establiment del vincle entre uns pares i el seu bebè ingressat en una unitat de cures intensives neonatals (UCIN) i estudia com abordar-les. Es planteja com la situació personal d'aquests pares, el procés de gestació i del part, d'ingrés, el entorn propi d'una UCIN i el tipus de praxi professional de l'equip assistencial són un conjunt de factors que desperten sensacions i emocions molt intenses que, si no són elaborades, poden suposar una gran dificultat per al bon desenvolupament global del bebè i la seva família. PARAULES CLAU: prematuritat, vincle, parentalitat, primeres relacions, psicologia perinatal.

Hasta no hace mucho la asistencia al bebé ingresado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se realizaba desde la focalización en lo somático. Los bebés permanecían dentro de las incubadoras o en las unidades sin que se tuviera en cuenta el vínculo madre-padre-bebé. Parecía que este aspecto no pertene-

cía al ámbito médico. Gracias a los estudios que se han realizado sobre el apego y el vínculo (Bowlby, 1958; Ainsworth, 1970; Klaus y Kennell, 1978; Bowlby, 1988; Main and Solomon, 1990; Fonagy, Steele and Steele, 1991; Feldman et al, 1999; Halpern et al, 2001), se ha podido hacer cada vez más énfasis en lo importante que

Recibido: 29/08/2008 - Aceptado: 18/09/2009

*Artículo elaborado a partir de la sesión clínica de la Fundació Eulàlia Torras de Beà. 13/02/2007.

Psicólogo, psicoterapeuta. Fundació Eulàlia Torras de Beà - Unitat de Neonatologia del Servei de Pediatria de l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Correspondencia: mcortada@fetb.org

Trabajos con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos

es este aspecto para el buen desarrollo global del niño y de su familia. Esto, junto a la evidencia clínica, ha servido para reforzar al conjunto de profesionales que con trabajo y perseverancia han ido sensibilizando –desde médicos a políticos– de la importancia primordial de atender al bebé desde el desarrollo neurosensorial y emocional, acompañado de una apertura cada vez mayor a la intervención de los padres en el cuidado de su hijo. A esto se lo ha denominado los *Cuidados centrados en el desarrollo y en la familia*.

Para poder desarrollar este tipo de cuidado es indispensable atender a la salud mental, no sólo de los padres, sino también de los profesionales. Nuestro modelo de trabajo –mediante la exploración de los bebés con la Escala de Brazelton y el posterior seguimiento, en paralelo a las neonatólogas, hasta los siete años–, ha permitido que los padres de los bebés vean al psicólogo como un miembro más del *staff* de la UCIN. De esta manera se ha podido formar un equipo, no sólo multidisciplinar, sino también interdisciplinar.

Podemos plantear, pues, como uno de los objetivos el intentar paliar la comorbilidad producida por el ingreso y la situación concomitante. Cuando, por ejemplo, se habla de bebés prematuros, muchas de las intervenciones van dirigidas a ver y atender lesiones, dificultades motrices, trastornos instrumentales, etc. Aunque esto siempre se tenga presente y se aborde, sabemos que el desarrollo se verá comprometido si no se valora la comorbilidad emocional en los bebés, en sus padres y demás miembros de la familia.

Sabemos del tremendo impacto que supone para una madre y un padre que el embarazo se precipite hacia el parto antes de tiempo. De esta forma no sólo hay un bebé prematuro, también unos padres prematuros, situación que pondrá en juego un sinfín de vivencias que pueden desencadenar un importante shock afectivo y, posteriormente, un trastorno del vínculo con su hijo. Empezando por la vivencia del sentimiento de fracaso de los primeros motores generadores del deseo de tener un hijo, descritos por Brazelton y Cramer (1991), no encontraríamos delante de otros aspectos como: una herida narcisista al no haber podido terminar el embarazo; que falla la identificación con los propios padres, al no poder cuidar de su bebé; que el hijo provee de una autoimagen dañada; que aparece un primer sentimiento de tener que renunciar al logro de los ideales y oportunidades perdidas a través del hijo, etc. Además, se añade

la fuerte culpa de la madre por sentirse la responsable del nacimiento prematuro; también el hecho de que es un nacimiento que no se ha podido celebrar; la terrible sensación de fuerte vacío al llegar al hogar con una barriga y unos brazos vacíos; la angustia por la peligrosidad del interior del cuerpo de la madre; la separación del bebé; la falta de intimidad en los momentos de encuentro; la identificación con su bebé y el consecuente sentimiento de fragilidad; y un largo etcétera de elementos comunes en todas las madres y padres, que dimensionarán más o menos el dolor en función de su personalidad de base, el apoyo de la pareja y de la familia, y del tipo de intervención de los profesionales.

Estos momentos, de gran intensidad emocional, si no son atendidos, con el paso del tiempo generalmente quedan borrados de la superficie, negados o escindidos; pero desde lo más hondo van afectando el desarrollo del niño y la relación de sus padres con él. De esta forma el bebé que ha nacido prematuramente, debido a las ansiedades de los padres asociadas a la experiencia de la prematuridad, puede manifestar trastornos de la alimentación (anorexia o sobrepeso), trastornos sueño, ser un niño hiper o hipoestimulado, trastornos fóbicos, y además todos aquellos relacionados con los trastornos del vínculo (Poehlmann, 2000; Cortada y Tarragó, 2006). A través del siguiente caso clínico se intentará mostrar el impacto emocional de estos primeros momentos que sufren, o sufrimos, todos aquellos que estamos alrededor de un bebé que ha llegado al mundo de una forma tan difícil.

Viñeta clínica: Alberto, Tomás y sus padres

A los padres de Alberto y Tomás los conocí en el "Espacio para Padres" –se trata de unas sesiones semanales de grupo que organizamos en la UCIN, abiertas a todas aquellas madres y padres que tienen a su/s recién nacido/s ingresados– justo cuando hacía dos días que acababan de nacer los gemelos, de parto prematuro a las 29 semanas.

En este primer encuentro, la madre se encontraba muy dolorida físicamente –debido a la reciente cesárea– y ambos, padre y madre, manifestaban el impacto de tener a unos recién nacidos tan pronto y tan pequeños. Fue una sesión de grupo en la que justo al acabar de presentarme y explicar su finalidad, la madre rompió a llorar y así continuó durante buena parte de la sesión.

Los padres comentaron que vivían fuera de Barcelona, a unos 250 Km., y que a ella, estando aún embarazada, la habían trasladado aquí puesto que allí donde residía no podían hacer cargo de unos recién nacidos tan pequeños. Habían buscado un piso de alquiler en Barcelona para estar ella y su madre; el marido vendría algún día durante la semana y los fines de semana. Dice que necesita estar acompañada, que nunca ha podido estar sola, que desde siempre le ha dado mucho miedo. Por eso le va muy bien tener a su madre aquí y, también, porque sufre mucho cuando entra en la Unidad, pues si está con un hijo ve que no puede estar con el otro. Así, si es su madre quien está con el otro hijo o lo es su marido, ella se siente más tranquila. Acabada la sesión de grupo estuve hablando con ellos y quedamos en vernos nuevamente al cabo de 15 días, pues había una semana de fiesta de por medio.

Relato de la intervención

A primera hora de la mañana, al entrar en la UCIN, la enfermera (1) que ha trabajado durante el fin de semana y ha atendido a los gemelos, me explica que están preocupadas por estos padres. Me comenta que el padre al entrar lo vigila todo, está pendiente de sus hijos y de los otros niños allí ingresados, de sus alarmas y de las alarmas de los monitores de los otros niños. Que se le ve muy nervioso y que le parece que padre y madre se comportan como si cada uno fuera un poco a la suya. Me explica, además, la grave situación de Tomás que ha empeorado durante el fin de semana. Ayer los padres se marcharon de aquí muy preocupados y esta mañana a primera hora, llamaron para saber cómo estaban. Después fui a hablar con la doctora para conocer el estado clínico actual de Tomás y qué es lo que los padres saben. Me comenta que su estado es muy grave y puede morir. En cuanto a los padres, ella no ha estado de guardia el fin de semana, pero sabe que han sido informados de la situación.

Síntesis de los datos clínicos de los gemelos: Bebés de 29 semanas de gestación, con 17 días de vida. Embarazo fructo de una fecundación "in vitro" (FIV).

- Alberto. Pesa 1.200 gr. Estado actual: Prematuro extremo. Buena evolución. Lactancia materna por sonda. Se le puede sacar de la incubadora, está haciendo "piel con piel" (método canguro). Es un bebé que aún no he explorado con la Escala de Brazelton, pero se le observa tranquilo, que puede hacer breves estados de alerta y de sueño profundo, y con movimientos bastan-

te organizados a pesar de su inmadurez.

- Tomás. Pesa 650 gr. Estado actual: Prematuro extremo, con retraso del desarrollo intrauterino, muy bajo peso. Intubado. Ente-rocolitis. Nutrición parenteral. Es un bebé al que se le administra una leve sedación, antibióticos y está protegido de los estímulos con una funda encima de la incubadora.

A media mañana la enfermera (1) me dice que han llegado los padres de los gemelos. Comenta que el padre está sentado, solo, en una silla y que la madre está hablando con su madre. Decido ir a buscarlos para hablar con ellos sobre cómo van las cosas –tal y como quedamos el último día–. Salgo fuera de la Unidad y veo al padre postrado en una silla, como desfallecido y sudoroso. La madre está de pie, hablando con su madre, se la ve más despierta y serena. Dada esta situación, acordamos con la neonatóloga que es mejor avanzar el parte médico y que lo dará ahora, conjuntamente conmigo y la enfermera (2) que lleva a los niños en este turno. Los padres se lavan las manos, se ponen las batas y les acompaño al lactario (la salita donde las mamás se sacan la leche). Se sientan en las butacas de extracción de leche y la neonatóloga, la enfermera y yo hacemos un pequeño círculo.

- *Neonatóloga:* "Bueno, ya estoy al corriente de cómo fue el fin de semana..."

- *Padre:* "Perdona, sí, pero primero de todo: ¡Dime por favor cómo está todo! ¡Necesito saber esto antes que nada!".

- *Neonatóloga:* "De momento lo que estamos haciendo..."

- *Padre:* "No, sólo quiero saber cómo está hoy con respecto a ayer: ¿mejor, peor, igual?"

- *Neonatóloga:* "Igual".

- *Padre:* "Buff" –vuelve a desfallecer en la silla con ojos llorosos–. "Ahora ya está. ¡Ya puedes decirme lo que quieras!".

- *Madre:* "Sí, es que ayer nos fuimos de aquí muy preocupados y ahora esperamos que nos digáis cómo están las cosas". La madre está tensa, sin apoyar su espalda en el respaldo de la silla.

La doctora, pausadamente y en lenguaje coloquial, explica la situación médica actual, que es crítica por la infección digestiva y pulmonar; no existe hemorragia cerebral. Durante la explicación el padre preguntaba si ahora ya ha pasado todo, si ya irá a mejor.

- *Neonatóloga:* "Pero bien, pienso que a parte de

Trabajos con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos

Tomás, que es el que está peor, no hemos de olvidarnos de Alberto".

- *Madre*: "Sí, es cierto, a veces es como si no lo tuviéramos en cuenta, como si el pobre no estuviera. Le hacemos poco caso. Es que Tomás es tan pequeño y comparado con Alberto que va creciendo tanto..."

- *Enfermera (2)*: "No os debéis fijar en cómo evoluciona uno y compararlo con el otro..."

- *Neonatóloga*: "Exacto, no tienen nada que ver el uno con el otro. Tomás es un niño que es como si hubiera nacido con 25 ó 26 semanas. No se pueden comparar".

La doctora explica que, dada esta infección en el aparato digestivo, Tomás estará ahora con alimentación parenteral, nada de comer por la boca. Esto hace que no tenga que trabajar el intestino, pero que tampoco gane peso. El pequeño tardará unos dos meses en estar como el grande ahora. Por tanto, el proceso puede ser largo y se deberá estar pendiente de las contingencias. Añade que yo estaba también interesado en hablar con ellos y me invita a intervenir.

- *Psicólogo*: "Ante todo, me ha parecido que se han asustado bastante al vernos aquí a los tres, cuando nos sentábamos a hablar..."

- *Padre*: "Sí, mucho. ¡Yo ya me temía lo peor!". Emocionado y lloroso.

- *Madre*: "Sí, es que ayer cuando nos fuimos de aquí Tomás estaba tan mal que hemos sufrido toda la noche".

Al cabo de un rato, cuando concluye la entrevista con la doctora y la enfermera, y nos quedarnos los tres solos, a la madre se le empiezan a poner los ojos llorosos, sus sentimientos estallan y se pone a llorar; al padre también se le caen las lágrimas, pero hace el esfuerzo de contenerse un poco y acaricia la pierna de su mujer.

- *Madre*: "Lo siento, ya he vuelto a llorar, es que a veces me pasa esto, creo que ya estoy bien, pero veo que no" —continúa llorando—.

- *Psicólogo*: "¿Es que se puede estar bien en una situación como esta?"

- *Padre*: "Vamos..." -acariciándole su pierna.

- *Madre*: "Sí, ya..."

- *Psicólogo*: "No, no hace falta forzar nada. Bastante esfuerzo hacen al salir de aquí, al ir a la calle. Qué menos que tener estos momentos para poder expresar lo que hay dentro y más aún después de este encuentro de ahora".

- *Madre*: "Sí, hay momentos que estás bien, entras y si ellos están bien, tú estás bien; pero si las cosas van mal,

tú también estás mal. Al principio a Tomás le veía muy pequeño, me impresionó mucho verlo por primera vez. A Alberto también, aunque no tanto, pero después de esto, como te decían que se encuentra bien, yo pensé que todo esto iría bien; pero veo que no es así y ahora no veo nada claro".

- *Padre*: "Sí, una vez había nacido y estaba bien, pensamos que todo ya había pasado".

- *Psicólogo*: "Sí, y ahora parece que no se puede bajar la guardia".

- *Padre*: "Es horroroso, no hemos podido disfrutar de nada, ni del embarazo, ni del parto. Todo ha sido doloroso. Primero porque no podíamos tener hijos y nos tuvieron que ayudar. Después cuando quedó embarazada..."

- *Madre*: "Al menos fue a la primera, en eso sí que tuvimos suerte".

- *Padre*: "Sí, eso sí, es lo único que nos salió bien, pero sólo pudimos disfrutar tres días, esa fue la única celebración que hemos tenido, porque después empezaron a aparecer los problemas, tenía pérdidas y le recomendaron reposo. Y desde entonces todo ha sido horroroso, ha sido un sufrimiento constante, pienso que ahora no podemos más. Ya desde un principio los médicos nos dijeron que el pequeño seguramente ni nacería o que tendría unas malformaciones a las que no podría ni sobrevivir, no había ni 1% de que saliera bien. Al tener encima a Alberto, por ecografía no se le veía bien, tenía poco líquido en la bolsa, ya desde el principio, por eso decían que saldría mal. Después, cuando a ella ya la entran en la sala de partos para hacerle cesárea, yo me quedé fuera pensando: ¿Qué haríamos con Tomás? ¿Si nacería vivo o no? ¿Si necesitaría reanimación o no? ¡Claro, eso es muy fuerte! Yo no sabía qué pensar. Había muchas posibilidades de que tuviera malformaciones, no quedaba claro en qué estado nacería, cómo evolucionaría. Uno piensa que si hemos llegado hasta aquí, pues adelante, que hagan lo que haga falta, lo que sea mejor para mi hijo. Ahora, cuando lo veo así, lo paso fatal".

- *Psicólogo*: "Es que se siente muy culpable".

- *Madre*: "No. ¡No es esto!" —enseguida.

- *Padre*: "Sí, sí, es lo que dice él... ¡En éste momento lo que tengo es pánico! ¡Así me siento!".

- *Psicólogo*: "Pánico de ver si realmente ocurrirá eso tan terrible que debía pensar: Ojalá no naciera vivo Tomás, que se hubiera muerto dentro de la barriga, así ahora, ni ustedes ni él sufrirían como están sufriendo. Y claro,

son unos sentimientos terriblemente contradictorios que le hacen sentir muy y muy culpable".

- *Padre*: "Sí, y tanto que sí. Es horroroso. Es horroroso, porque por un lado yo lo quiero, en estos momentos no hay nada en el mundo que quiera tanto; pero por otro lado no quiero que sufra, no soporto verle así. Llevamos tantos días de sufrimiento. En la sala de partos, aquello fue una tortura. A ella le empezaron a venir las contracciones y se la llevaron a la sala de partos. Allí le pusieron aquello sobre la barriga para sentir el corazón y ver las contracciones. Estuvo tres días. Fueron tres días de tortura, escuchando el pum-pum, pum... y así todo el día, para mirar que estuvieran bien. Fue horroroso, no se lo deseo ni a mi peor enemigo. Hasta que detectaron que a uno de los dos el latido no le iba bien, empezaba a bajar, estaba sufriendo, y enseguida se la llevaron a quirófano. Es una situación en la que nada puedes hacer, sólo escuchar aquel latido sin saber qué pasa dentro".

- *Psicólogo*: "Sí, esto de ser solamente espectador de esta situación genera mucha impotencia y mucha incertidumbre. Ahora les debe estar ocurriendo lo mismo, se deben de sentir muy impotentes ante el estado clínico de Tomás, en el que hay mucha incertidumbre sobre cómo irá y confiar en que los médicos y las enfermeras lo harán lo mejor posible".

- *Padre*: "Pero es que yo lo paso muy mal, porque lo ves que va empeorando. Sí, te sientes muy impotente".

- *Psicólogo*: "Pero precisamente como no se sabe cómo irá todo esto, quizá nos podríamos centrar en lo que sí tienen ahora y en lo que sí ahora pueden hacer. Y es que ahora tienen a los dos hijos, para quienes ustedes son muy importantes, y con quién ahora pueden hacer de padres, con Tomás, pero también con Alberto. Los dos les necesitan, aunque ya han comentado que cuesta poder estar por los dos".

- *Madre*: "Sí, es cierto. A veces tengo la sensación de que si estoy con uno no puedo estar con el otro. A veces parece como si Alberto no existiera; porqué estás tan pendiente de Tomás que te sientes muy mal si no puedes estar por Alberto; pero también tengo miedo de tomarlo en brazos. Me siento tan mal que si lo tomo tengo miedo de transmitirle todo esto".

La madre continúa explicando lo mal que lo está pasando, que ella se intenta sobreponer a todo esto, que las enfermeras le dan ánimos, que la cuidan mucho, pero que hay momentos que todo se le hace muy difícil:

"La doctora te explica lo que ocurre, lo que está pasando... no sé, a mi me parece que me bloqueo, estoy como si no entendiera nada, después no sé ni lo que ha dicho. Con las enfermeras es diferente, te explican las cosas de forma diferente. No sé, veo a la doctora como mala, la que te ha de decir las cosas malas, y a las enfermeras las que te dan los ánimos, las que te explican, puede ser lo mismo pero con cuatro palabras más sencillas".

Estamos acabando cuando la enfermera —que lleva a los gemelos— entra para avisar a los padres que ya pueden pasar.

- *Psicólogo*: "Bien, pues, ¿pasarán a lavarse?".

- *Padre*: "Sí, pues, ella se tiene que sacar la ropa de arriba". No para darle el pecho, puesto que no succionan, sino para hacer el método canguro.

- *Psicólogo*: "O ahora que usted está aquí —dirigiéndome al padre— aproveche para hacer el canguro, que ella ahora tendrá todas las tomas del resto del día y de la semana.

- *Enfermera (2)*: "Claro, ella está aquí todos los días. Aproveche ahora".

- *Madre*: "Claro, yo ya lo haré al mediodía".

- *Padre*: "Es que no sé, hoy no sé".

- *Psicólogo*: "Bueno, usted mismo, cómo vea".

Los padres van a lavarse las manos. Junto con la enfermera vamos a las incubadoras, y mientras carga la leche a la jeringuilla, ella me comenta que es un padre que aún no ha tomado a Alberto en el piel con piel, siempre lo hace la madre; se ha intentado en los diferentes turnos y él siempre lo ha evitado.

Cuando los padres entran ya lavados, observo que el padre lleva puesta solo la bata. Se ha quitado el jersey para hacer el canguro. La enfermera lo ve y nos cruzamos una mirada y una sonrisa. La enfermera ayuda al padre a ponerse a Alberto sobre su pecho al descubierto, mientras le va explicando lo que se ha de hacer, informándole que esté tranquilo, que ella estará allí a su lado por si necesita alguna cosa. Son maniobras y situaciones nada fáciles para los padres y las enfermeras, dada la pequeñez del bebé, la aparatosidad de los tubos, cables, sonda, electrodos, etc., y la frágil estabilidad orgánica que presentan. Yo me mantengo allí al lado mientras continúa el proceso de sacar a Alberto de la incubadora, sin intervenir. Primero veo al padre tenso, pero poco a poco se va relajando y así empieza a darle la leche con la jeringuilla, por la sonda, mirando emocionado a su bebé y no a los monitores. Seguidamente me

Trabajos con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos

acercó a la incubadora de al lado, la de Tomás, donde está la madre. Me dice que no sabe que hacer, pues las dos manitas están con vendas y esparadrapos por las vías que lleva; en el pecho tiene los electrodos; en la boquita el tubo del respirador. Me dice que siempre le toma la manita, la que está libre, pero que hoy no puede y no sabe qué hacer, porqué no puede, están llenas de cosas. Le digo que le ponga la mano sobre la cabecita, que esto le hará estar mucho más tranquilo y le hará sentir muy seguro.

- *Madre*: "¿La mano en la cabeza? ¿Se puede tocar? ¿Pero no dicen que es tan delicada?"

- *Psicólogo*: "Un poquito, pero así, con la mano suave, no pasa nada; al contrario, se sentirá mucho más acompañado y protegido".

- *Madre*: "Claro, cómo cuando están encajados dentro de la barriga, donde tienen un tope y después lo buscan".

Le pone la mano, con cuidado, intentando de encontrar la manera y la postura. La deja así mientras con el pulgar aprovecha para ir acariciándole la mejilla y le empieza a cantar una canción, muy bajito. Me retiro. Después, a última hora de la mañana, realizamos la reunión de equipo (neonatólogas, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo y psiquiatra) donde hablamos de este caso y cómo repercute en el equipo; a la vez de cómo entender y manejar tales situaciones con estos padres y sus bebés, así como de la madre de ella que a partir de ahora siempre la acompañará en las visitas dado que el padre empieza a trabajar.

Discusión y conclusiones

La detallada descripción de la intervención es un intento de acercar algunos de los traumatismos parentales que puede tener lugar dentro de muchas familias –en España el 11% de los bebés nacen prematuramente–. Son vivencias cuyo impacto psíquico y emocional pueden necesitar de la ayuda de los profesionales de la salud mental, ya sea en estos niños, o en alguno de los progenitores, o a nivel de la pareja. De las familias atendidas en nuestro programa hemos constatado que el 20,6% de los niños y el 19,8% de las madres necesitarán de ayuda especializada después del alta de la UCIN (Cortada y Tarragó, 2006).

Cuando un bebé ingresa en una UCIN, generalmente al cabo de unos minutos u horas, o a veces días, prime-

ro llega el padre: solo, asustado, confundido, inquieto, sin saber dónde ir y qué hacer. Después de unas horas, o quizá también días, llega la madre –si el bebé nació en otro hospital la madre no podrá venir a verlo hasta después de su alta, más o menos larga según si el parto ha sido eutócico o por cesárea, o si ha habido complicaciones postparto–. Esta mamá quizá se podrá desplazar por su propio pie o se desplazará con dificultad debido a las secuelas de la cesárea –si la hubo–, o de otros problemas ligados al parto. Para el equipo –médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de la limpieza, etc.– éste es un nuevo bebé que ingresa en la unidad, y un nuevo camino a hacer con él y sus padres. Según donde haya sido atendida esta madre, el bebé ya habrá sido evaluado durante la gestación por parte del equipo de medicina perinatal –obstetras y neonatólogos–, de manera que es alguien "conocido", y con más o menos fiabilidad, ya saben con lo que se encontrarán.

Por lo que respecta a la tarea de los psicólogos y psiquiatras, está atender o poder conocer, también, en qué estado llegan estos padres en caso que la madre haya estado ingresada en alto riesgo obstétrico; o cuando han necesitado ayuda mediante técnicas de reproducción asistida. En ambos casos nos solemos encontrar con parejas ya muy cansadas y necesitadas de ayuda a nivel emocional. Aparte de si hemos podido intervenir o no en algún tramo de la gestación, sabemos que nuestro campo de exploración, análisis y comprensión va más allá. Es importante poder explorar y tener presente todo aquello que ha pasado previamente a la gestación: la aparición del deseo de tener un hijo, cómo esto se ha ido desarrollando, si ha habido pérdidas significativas previamente o durante todo este proceso, si ha sido necesaria la ayuda médica para poder conseguir el embarazo, la relación con los propios padres y, en fin, todas aquellas cuestiones que influirán en el estado emocional y las vivencias que tendrán estos padres cuando tengan que venir a visitar a sus bebé a la unidad de curas intensivas neonatales.

En la viñeta clínica hemos visto, en un primer momento, a un padre que sólo se interesa por si su hijo ha muerto, aunque a primera hora de la mañana se le ha informado que estaba estable, o sabiendo que si pasaba un desenlace fatal se les llamaría o se les informaría al llegar. Observamos, pues, una falsa incógnita fruto de las terribles ansiedades de muerte. Es cierto que la situación es crítica, pero la enfermera habla de un padre que

no puede mirar a su bebé, dado que tiene que estar vigilando el entorno. ¿De dónde proviene esta terrible amenaza? Podríamos pensar si hay un funcionamiento fóbico de base o, también, en los fuertes sentimientos ambivalentes que siente hacia sus hijos; o quizá el miedo previo a tener hijos; o lo que parece una relación de fuerte dependencia con una mujer que no puede estar sola. Con esto, pues, el terror es que la fantasía se puede hacer realidad.

Pensando en la madre y en el tormentoso embarazo, cabe preguntarse: ¿Ha tenido la fantasía de estar gestando a un monstruo y que era mejor sacarlo cuanto antes de dentro? ¿Cómo fue su sufrimiento durante los tres días de tortura que decía el padre? También esta gestación no llevada a cabo hasta el final, casi sin transitar por el tercer trimestre, momento en que la madre lo va diferenciando de su propio cuerpo, preparándose para la separación: ¿Cómo afecta la sensación de éste vientre y estos brazos vacíos? ¿Se puede reconocer ella en sus hijos? ¿Qué es esto tan terrorífico que ella tiene, y que "por miedo a transmitirle" evita cogerlo en brazos? ¿De dónde provienen las fuertes ansiedades persecutorias que la han llevado a tener que utilizar masivamente la escisión y, por tanto, a separar en bueno y malo a los hijos, en bueno y malo a las enfermeras y médicos? ¿Cuántas cosas se han perdido? ¿Qué magnitud de culpa tan grande debe haber que no puede ni sentirla nombrar? Vemos que ella no sabe cómo tocar a su hijo en peligro de muerte. ¿Es el drama de observar un hijo dañado y al que se tiene miedo de dañarlo más?

Pero es emocionante observar que si la madre ve a su marido capaz de afrontar y manejarse con el nacimiento de su bebé prematuro, ella se mostrará más afianzada y confiada en su labor (Chatwin and MacArthur, 1993). A la vez, si la podemos acompañar, tranquilizar y devolverle el papel de madre cuidadora, ella puede recuperar a su hijo, tendiendo un puente con el embarazo cuando le pone la mano en la cabecita y le acaricia la mejilla mientras le canta una nana. Así se va llenando de hijo aquel vacío que ha quedado después de una operación prematura. Son unos momentos en que, para estos padres, parece que sólo existe un solo hijo. Aparte de las repercusiones de los aspectos mencionados, ¿qué puede haber más para que esto esté sucediendo?

Klaus y Kennell (1978) nos informan de que en el proceso de apego afectivo puede haber dificultades cuando se puede sufrir al mismo tiempo la pérdida;

resulta difícil pasar al mismo tiempo por el proceso de apego y desapego. O aplicando a los padres el término de "monotropismo" de Bowlby (1958), estos autores observaron que el proceso de apego está estructurado de modo que el padre y la madre entablan un vínculo afectivo óptimo con un solo niño a la vez.

En otro plano, sabemos que las situaciones perinatales proveen de un sinfín de informaciones y vivencias que abocan al desarrollo de duelos anticipatorios. En nuestro caso parecería que ya durante la gestación se eliminó a un niño al darles la noticia de las malformaciones, de manera que ha habido la vivencia que no se puede haber tenido dos hijos dentro. Entonces, ¿ahora no se puede estar con dos hijos a la vez? También podríamos pensar en si hay la fantasía de que el hijo grande ha sido el causante del daño al aplastar, dentro de la barriga, al hermano pequeño. Y ahora, ¿tiene que expiar la culpa? Es decir, el hijo sano tiene que desaparecer (sacrificarse) para que se salve el otro. Todo encajaría con la dificultad de la madre para un espacio mental suficiente como para incluir a los dos hijos.

Si no se pueden elaborar los impactos de este inicio traumático, pueden aparecer serias dificultades para construir un vínculo. Si no se puede hacer una identificación del hijo, ni éste satisface el deseo ni las fantasías, será un bebé que no se podrá filiar. Esto es de gran importancia, no solo para el desarrollo de la relación y del tipo de vínculo que se formará, sino también para poder hacer los procesos de duelo en caso de un desenlace fatal o de aparición de alguna discapacidad.

Abelló y Pérez-Sánchez (1984) definen el concepto de Unidad Originaria como "un estado relacional primitivo y unitario entre las figuras del padre, de la madre y del niño. Es una unidad en la cual todos los elementos son importantes; en ella, la madre contenida por el padre puede captar con su capacidad de *rêverie* las necesidades y ansiedades de su hijo". En los primeros momentos esta es la tarea del equipo, proveer de un espacio psíquico y físico contenedor de estos padres, quizá identificados con sus bebés frágiles, para que así lo puedan ir introyectando y hagan una doble identificación: con el bebé cuidado y también con el equipo asistencial capaz de cuidar (Mejía et al, 2002). Se desarrollará esta primera red de contención si el equipo cuida a esta madre, si se puede respetar la modalidad de aproximación de estos padres, si los van haciendo padres en la medida que puedan ir participando del cuidado de sus hijos, etc.

Trabajos con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos

Mientras esto no se consolide, las enfermeras serán las buenas madres que cuidarán y velarán de sus hijos, a la vez que favorecerán un espacio de seguridad y contención para que se dé el acercamiento. Así, no sólo se proveerá de una reanimación respiratoria, sino también de una reanimación relacional (Golse et al., 2001).

Por todo ello la gran importancia de la reunión de equipo interdisciplinar, desde donde se ayuda a fortalecer la red sostenedora. Podemos pensar que se pueden presentar muchas situaciones donde es importante que todo el equipo navegue en el mismo rumbo. Por ejemplo: ¿El padre aterrizado dejará sola a la madre frente al cuidado de los dos niños, y de sus propios terrores? ¿La abuela, con un padre atemorizado y que estará poco, le quitará el sitio y la madre no se podrá hacer madre y seguirá siendo hija? ¿O la abuela ayudará a que se haga madre, sosteniéndola y preservando el sitio del padre? Cuando Alberto esté en casa, porque se ha ido antes, y su madre venga al hospital a estar con Tomás, ¿de quien será hijo? Y Tomás, ¿de quien será hijo cuando la madre no venga porque está en casa con Alberto? ¿Qué rol desarrollará el equipo con el padre, la madre, la abuela y los bebés? Es importante ayudar a atender estas situaciones y dar sentido a lo que el equipo está viviendo al lado de estas familias, dado que si el equipo está inmerso en las ansiedades que suscitan determinados padres, esto a menudo no favorece acogerlos como padres de sus hijos, sino como alguien que viene a entorpecer su trabajo, colocando al equipo en posiciones quizá más extremas, de rivalidad hacia los progenitores, o centrándose sólo en el aspecto somático del bebé como una forma de defensa (Cantavella, 2006).

De forma resumida podríamos concluir que la asistencia neonatal consistiría en elaborar un proyecto común que permita no sólo salvar la vida de los lactantes, sino también salvar su deseo de vivir y la capacidad de amar de los padres; y por lo que respecta al equipo, que pueda seguir manteniendo el deseo de continuar desarrollando esta preciosa, delicada y, a menudo, dolorosa labor.

Agradecimientos

A los padres y a sus dos ya grandes y hermosos hijos. También a todas esas familias que en estos momentos tan difíciles nos permiten intentar ayudarlas. Mi sincero reconocimiento a todas las profesionales de la UCIN

que día a día atienden y cuidan a estos bebés y ayudan al encuentro con sus padres, labor de suma complejidad técnica y emocional. Finalmente un cálido recuerdo a mi pediatra y maestro, el Dr. Cantavella –pionero en estas labores de atención a los niños y a sus padres– que, a pesar de los años que han pasado desde su desaparición, sigue siendo una fuente de enseñanza para mí.

Bibliografía

- ABELLÓ, N I PÉREZ-SÁNCHEZ, M (1984). Estructures preedípiques. Observació de nadons. *Revista Catalana de Psiconàlisi*, Vol. 1, (1), p. 109-122.
- AINSWORTH, M. D AND BELL, S (1970). Attachment, Exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a Strange situation. *Child Development*, Mer, 41, 1, 49-67.
- BRAZELTON, T. B Y CRAMER, B (1991). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J (1958). Nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- BOWLBY, J (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- CANTAVELLA, F (2006). *Desenvolupament i salut mental. El valor de l'atenció en la primera infància*. Barcelona, Edicions UB, p. 127-133.
- CHATWIN, S. L AND MACARTHUR, B. A (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development and Care*, Vol. 87, 69-82.
- CORTADA, M I TARRAGÓ, R (2006). Intervenció psicològica des d'una unitat de cures intensives neonatals. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 25, 108-121.
- FELDMAN, R, WELLER, A, LECKMAN, J. F. ET AL (1999). The nature of the mother's tie to her infant maternal bonding under condition of proximity, separation and potential loss. *Journal Child Psychological Psychiatry*, 40 (6): 929-39.
- GOLSE, B, GOSME-SEGURET, S ET MOKHTARI, M (2001). *Bébés en réanimation. Naître et renaître*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 83-99.
- HALPERN, L, BRAND, K., MALONE, A (2001). Parenting Stress in Mothers of VLBW and full-term infants a function of infant behavioral characteristics and child rearing attitudes. *Journal Pediatrics Psychology*. 26

(2). 93-104.

KLAUS, M Y KENNEL, J (1978). *La relación madre-hijo*. Buenos Aires: Panamericana, p. 25-27.

MAIN, M AND SALOMON, J (1990). Procedures for identifying infants classified as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange situation in M.T. GREENBURG, D. CICCHETTI; & E.M. CUMMINGS (Eds) *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, pp 121-160.

MEJIA, C, HERZOG, A, DESPARS J ET ANSERMET F (2002). La scène médicale. À propos du traumatisme

parental lors d'une naissance prématurée. *La Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 45, (2), 411-435.

POEHLMANN, J (2000). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relations. 7º Congreso mundial de WAIMH. Montreal, Julio.

TARRAGÓ, R I CORTADA, M (2005). El treball amb pares des d'una Unitat de Cures Intensives Neonatals. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 25-26, 21-33.