



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Nora Inés Dolagaray

noradolagaray@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La observación reiterada de estados emocionales semejantes en madres de recién nacidos internados con diferentes patologías y niveles de riesgo de vida, nos permitió focalizar nuestro interés en la necesidad de explorar "cómo se constituye la estructura y dinámica emocional de las madres en relación a la internación de su hijo recién nacido en riesgo" como interrogante principal del que se derivaron otros: ¿Cómo impacta la separación del bebé en la autovaloración de la madre como animal biológico que perpetúa la especie y en su capacidad de mantener con vida y hacer crecer al bebé nacido en riesgo? ¿Cuáles son las preocupaciones y expectativas de la madre ante el inminente encuentro con el bebé internado en UTIN? ¿Cuáles son las previsiones de la madre en cuanto a su adaptación a la situación de internación? ¿Cuáles son las condiciones de apoyo con que la madre cuenta y qué ajustes prevé que necesitará? ¿Cómo recepta la madre la participación del equipo profesional de la UTIN en la matriz de apoyo? ¿Cómo incide la edad de la madre, la ocupación, el nivel educativo, la situación conyugal, el nº de gestas y los antecedentes de nacimiento en riesgo en su estructura emocional ante el nacimiento de su hijo en situación de riesgo?

Cuando esta inicial vinculación se interfiere por la internación, se pierde la continuidad entre los procesos fisiológicos hormonales del parto con los factores emocionales que se desencadenan en las primeras interacciones entre madre y bebé, lo que vulnera significativamente la potencialidad del ejercicio de la maternidad, con los consecuentes riesgos para el desarrollo futuro del niño.

En el contexto de la internación, la situación delicada de la vida del recién nacido obliga a que la atención, en los servicios de neonatología, se oriente, casi con exclusividad, a las condiciones de salud orgánica del niño, dejando en segundo plano la atención y asistencia del malestar familiar y, especialmente, de la madre, lo que genera innumerables episodios de tensión que aumentan el malestar y complican el desempeño de los profesionales de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

INTERÉS DEL ESTUDIO

La constitución psicológica de la madre frente a la situación de riesgo del recién nacido.

La incidencia de este estado emocional particular en las iniciales vinculaciones con su hijo.

La dinámica evolutiva de este estado emocional inicial en la madre en vistas a la constitución subjetiva del niño y a su futuro desarrollo.

Las necesidades de sostén emocional de la madre como proceso de elaboración simbólica del malestar en orden a la potencialidad de intervención profesional específica.

El vínculo entre la madre y los profesionales de los servicios de neonatología, especialmente en los casos de internación prolongada del recién nacido.

ALCANCES

El trabajo realizado constituye un aporte al campo de la Psicología Perinatólogica desde la perspectiva preventiva en la constitución del vínculo inicial madre-hijo saludable y el futuro desarrollo del niño.

Permite identificar tempranamente las razones del maltrato infantil como fenómeno de vinculación patológica con la infancia y en situaciones de violencia familiar.

Aporta al trabajo de humanización del proceso de embarazo y nacimiento para la necesaria revisión de las estrategias actuales de comunicación con las madres desde todas las áreas profesionales.

Aporta a fortalecer el trabajo interdisciplinar de la atención del embarazo y el nacimiento.

Constituye un aporte en el diseño de las estrategias de diagnóstico para los profesionales del campo de Salud Mental en tanto focaliza en especificidad un fenómeno determinante del proceso de catexia libidinal en la maternización del recién nacido.

Aporta al diseño de programas de prevención en salud sexual y reproductiva al focalizar los riesgos de patología emocional del nacimiento en riesgo.

ANTECEDENTES

Las investigaciones consultadas ofrecieron el punto de partida sobre los términos teóricos considerados en el tema del presente estudio desde diversas perspectivas.

Con la intención de una primera aproximación se organizaron los antecedentes en cuatro apartados específicos: 1.- Relación madre-hijo. 2.- Nacimiento en riesgo. 3.- Estados emocionales de la madre y 4.- Intervenciones institucionales.

MARCO TEÓRICO

El concepto más importante fue Constelación Maternal (Stern, 1995: 109-110): "La constelación maternal hace referencia a tres preocupaciones y discursos diferentes que tienen lugar tanto

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

interna como externamente: el discurso de la madre con su propia madre, especialmente con su-propia-madre-como-madre-cuando-ella-era-niña; el discurso consigo misma, especialmente consigo-misma-como-madre; y el discurso con su bebé. Esta trilogía se convierte en su principal preocupación en el sentido de que requiere la mayor parte de su elaboración y de su reelaboración mental" (...) "un reordenamiento profundo de intereses..."

"En nuestra cultura, cuando una mujer se convierte en madre surgen varios temas asociados: ¿Puede mantener en vida al bebé y hacerle crecer? Llamémosle tema de la vida y el crecimiento. ¿Puede relacionarse afectivamente con el bebé de forma natural y garantizar el desarrollo psíquico del bebé para que sea tal como ella lo desea? Llamémosle tema de la relación primaria. ¿Sabrá la madre cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones? Llamémosle tema de la matriz de apoyo.

¿Será capaz la madre de transformar su propia identidad para permitir facilitar estas funciones? Llamémosle tema de la reorganización de la identidad".

La perspectiva estructural, vincular y psicosocial en la que se inscribe este autor permite anticipar que cada uno de los temas o subestructuras que componen esta nueva organización psíquica estarán influidos por el ambiente sociocultural en que vive la madre.

Y otros conceptos importantes, como: Apego (Bowlby, 1980-.1993: 59-65), Bonding (Kennel y Klaus, 1976: 57), Preocupación maternal primaria (Winnicott, 1956-1999: 397), Holding (Winnicott, 1960: 1067), Ambiente facilitador (Winnicott, 1963-2006: 108) Trauma (Winnicott, 1965-2006: 161) Falta Básica (Balint, M. 1979: 82) tuvieron especial relevancia en la delimitación del problema, la construcción de los instrumentos de recolección de datos y fueron el marco desde dónde se construye la interpretación de los resultados.

Los conceptos mencionados se organizaron según cinco tematizaciones diferentes e interdependientes: 1.- Relación madre hijo: Primeros aportes en el marco de la Neonatología. 2.- Relación madre hijo: Aportes Psicoanalíticos. 3.- Nacimiento en riesgo. 4.- Estados emocionales de la madre: Aportes psicoanalíticos. 5.- Estados emocionales de la madre durante la internación. Aportes psicoanalíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es una investigación cualitativa (Valles, M. 1999) que busca construir teoría sustantiva (Murillo, J. 2003) a partir del análisis de los datos obtenidos a través de entrevistas en profundidad.

Este tipo de investigación ha tenido un efecto de intervención en tanto se atendió a la escucha –en el sentido psicoanalítico– de las preocupaciones de la madre y es por eso que no fue posible la participación de asistentes para la administración de los instrumentos de recolección de datos.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Población – Muestra

La población estuvo compuesta por madres provenientes de un nivel socioeconómico y cultural bajo y medio bajo, sin cobertura de salud, y madres de otro sector medio que cuentan con obra social y atención de la salud.

Las derivaciones al servicio de cuidados intensivos neonatales provinieron de la ciudad de Córdoba y de otras localidades y provincias limítrofes. La mayoría recibió atención obstétrica en la misma institución y el resto fueron derivadas al servicio de neonatología ante la emergencia del riesgo para el RN.

La muestra de tipo intencional se compuso por 55 madres de recién nacidos internados en las Unidades de Terapia y de Cuidados Intensivos de Neonatología del Hospital Materno Neonatal de Córdoba (40 madres) y del Sanatorio Francés de Córdoba (15 madres) en el período diciembre 2009 a junio 2010. El criterio de inclusión es que la madre tenga su hijo internado en la unidad de Neonatología y acepte participar del estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Entrevista semi estructurada acerca de los antecedentes bio-socio-demográficos de la madre:

Edad. Ocupación. Situación conyugal. Nivel educativo. Número de hijos. Causa de nacimiento en riesgo. Peso al nacer. Edad gestacional. Antecedentes de nacimiento en riesgo.

Los datos obtenidos se analizaron conforme a los estadísticos posibles de calcular (media y modo).

Entrevista abierta después del parto y antes del primer encuentro con el bebé. Guion de la

entrevista: Encuentro. Presentación y saludo inicial. Invitación a la conversación como se expresó en la consigna. Situación de embarazo y parto. Estado de posible malestar por las consecuencias del parto. Conocimiento anticipado o no de la situación de riesgo. Pensamientos recurrentes desde el parto y hasta el momento. Temas de conversación con los familiares desde el parto y hasta el momento. La figura de la madre. La figura del marido. Temores, preocupaciones, expectativas. Cambios imaginados para su vida a partir de este nacimiento. Entrega de la entrevista semi estructurada y auto administrada. Propuesta de acompañamiento en el primer encuentro con el bebé en la incubadora. Despedida.

Entrevista abierta después del primer encuentro con el bebé. Guion de la entrevista:

Reencuentro posterior a la visita al servicio de cuidados intensivos. Invitación a la conversación acerca de las sensaciones y sentimientos del encuentro y separación de su hijo. Pensamientos recurrentes desde el encuentro y hasta el momento. Temas de conversación con los familiares desde el encuentro y hasta el momento. Estado de posible malestar por la presencia de los profesionales del servicio. Sensaciones en la comunicación con los profesionales del servicio. Semejanzas y diferencias entre lo imaginado y la realidad del servicio. Temores, preocupaciones, expectativas, deseos. Composición de la estructura de apoyo. Ajustes previstos en la estructura

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

de las relaciones de apoyo. Cambios imaginados para su vida a partir de la situación de internación. Información de finalización de su colaboración en nuestro estudio. Acuerdo de volver a visitarla en los días sucesivos. Agradecimiento y despedida.

Se procesó la información obtenida en ambas entrevistas abiertas a través del Método Comparativo Constante que su autor define como: "Es una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio". (Glaser, 1992: 30). Se denomina teoría sustantiva a la que se edificaría en torno a ámbitos muy delimitados o particulares de la realidad social o cultural sobre los cuales, la teoría formal no ha desarrollado una comprensión y una conceptualización específica. La teoría sustantiva tiene la posibilidad de dar cuenta de realidades humanas singulares porque se alimenta con los procesos de recolección de datos de la investigación en curso, de una manera dinámica y abierta en el proceso de comparación constante.

El Programa Atlas.ti (Muñoz Justicia, J. 2003) fue el soporte informático que permitió el análisis de las entrevistas: identificación de citas, elaboración de códigos, elaboración de redes de códigos que dan lugar a la red conceptual de cada uno de los Procesos Socio Psicológicos Básicos que componen los resultados del estudio.

RESULTADOS

La estructura emocional de la madre del niño nacido en riesgo se originaría en un proceso de estructuración socio-psicológico que se organiza a partir del parto, la separación madre-bebé, y la internación (González, M. A. y Naddeo, S. J. 2007)

El punto de inflexión de este proceso sería la separación madre-bebé que produce la imposibilidad del despliegue del amor primario.

Se identifica de este modo una situación de conflicto psíquico (Freud, S; 1896: 317. Ob. Com.) (Oberman, A. y otros, 1998) en la madre en tanto se oponen en ella exigencias internas contrarias, ambas actuales e imperiosas: el deseo de estar con su recién nacido y la necesidad de aceptar no tenerlo con ella; podría expresarse de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse en trastornos de la conducta o perturbaciones del carácter que inciden en el proceso de internación.

Por este proceso se constituiría una ESTRUCTURA EMOCIONAL compuesta por sentimientos de vacío, angustia, miedo, soledad, culpa, duelo y necesidad de acciones reparatorias.

Amor primario interferido es la categoría central de este proceso socio psicológico básico. Cuando hablamos de amor primario (Balint, M.; 1979: 82) nos referimos a esa indiferenciación con el ambiente que comienza en la vida fetal donde el nacimiento se constituye en un trauma (Freud,

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

S.; 1926:126) que altera ese equilibrio al cambiar radicalmente el ambiente e imponer una nueva forma de adaptación.

La separación madre-bebé en el momento del nacimiento sería para la madre una muestra elocuente de la falta de ajuste entre su subjetividad y el objeto de su deseo que es su hijo recién nacido, sería una frustración, esta intimidad del amor primario como relación de dos en un marco de indiferenciación no tendría oportunidades de satisfacción por ausencia de su hijo. El despliegue hormonal de oxitocina y prolactina en el momento del parto aportan a la madre una hipersensibilidad que da inicio al pasaje de lo hormonal a lo relacional vincular (González Uriarte, A., 2006: 483) que no se produce y la madre quedaría a la espera del encuentro.

M-12: Así que estoy bloqueada...

N: ¿has hablado de esto con tu marido, con tu mamá?

M-12: No...todo pasó raro pero por las dudas me voy a bloquear ahora...

La madre correría el riesgo de tomar distancia de su deseo expresado en la preocupación materna primaria (Winnicott, D.; 1956: 402) como disposición duradera que la lleva a necesitar ocuparse de su hijo.

En esta situación cualquier tercer elemento que interfiere con el deseo de la madre sería interpretado por ella como una pesada carga y una intolerable tensión que desencadenaría mecanismos de defensa que la orientarían hacia el replegamiento de su deseo y suscitaría síntomas fuertemente vehementes y pronunciados.

Esta frustración, este proceso detenido que imposibilita el encuentro, sin embargo, no se hace presente en sus expresiones manteniendo la indiferenciación entre ella y su bebé.

M-24: Yo siento que llora, está acá a la vuelta, está acá en esta pared, yo la reconozco...y digo...uy la Catalina está llorando! (una madre internada en terapia intensiva de adultos)

En los primeros momentos después del nacimiento, la madre parecería no resignarse a la separación y mostraría dificultades para aceptarla a través de expresiones que enuncian su identificación e indiferenciación proyectándole a su hijo sus propias preocupaciones y sentimientos.

M-39: Me da muchas ganas de saber qué puede estar pensando...

Esta interferencia del despliegue del amor primario sería la causa de todas las dificultades y tensiones del proceso de internación. Sería un dolor que podría nombrarse como visceral, por su intensidad, por su profundidad y su dificultad para enunciarlo y hablar de él.

La interferencia en el amor primario instalaría un tipo de distancia emocional, un proceso de enajenación que la llevaría a pensar que se encontrará con un desconocido (Santos, M. S. s/f).

M-31: Soy valiente...no, nada, no sé, no tengo otros temores esto de tener un hijo y sentir que se mueve, y esto de no verlo es como que retarda el momento de conocerlo, no? Y uno espera que pase rápido porque no lo conozco, no sé quién es, es como otra persona que voy a conocer

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

ahora porque aunque lo haya tenido en la panza, el momento de presentación, de verlo, de tocarlo, no pasó, es como si tuvieras una cita...a ciegas!

Diríamos que tres de las propiedades específicas del amor primario que se identificaron en el presente estudio: Acción de maternizar (cuidarlo y atenderlo), significación de la subjetividad del bebé (identificarlo y presentarlo) y significado de hijo (asignarle un sentido a su existencia en el marco de la familia), se verían fuertemente interferidas.

Mientras que, el potencial de tolerancia a la frustración de la madre frente a la interferencia en el amor primario nos permitiría reconocer la emergencia de otras de las propiedades de su despliegue: la confianza en su posibilidad de maternizar expresada en "nadie lo cuida como yo", la inmediatez en el deseo de su propia recuperación, la urgencia de encuentro con el recién nacido y la urgencia por el alta del bebé, se hacen presentes en las expresiones de las madres. La causa principal de esta interferencia en el amor primario es la separación madre bebé (Odent, Michel, 2009). La decisión de los profesionales de separar al bebé de su madre obedecería a algún tipo de riesgo identificable para la vida del recién nacido. Su importancia radica en una clara diferencia respecto al tipo de información previa acerca del riesgo con la que ella cuenta o no, de lo que resultaría un impacto positivo o un impacto negativo.

La separación madre-hijo inhibe la iniciativa de la madre y genera una posición de pasividad que acepta y cumple con lo solicitado por el personal de los servicios.

La modalidad de conciencia de riesgo y la circunstancia en que se da la separación, cuando hubo un fugaz contacto inicial o cuando no hubo contacto inicial entre ella y el recién nacido, inciden en el proceso de adaptación a la internación, son causales de la emergencia de irritabilidad en la madre; y constituye el punto de inflexión desde el que se originan todas las propiedades de la ESTRUCTURA EMOCIONAL DE LA MADRE.

A.- Angustia: provendría de la acumulación de frustración en la satisfacción de su deseo excluyente de encuentro con el hijo como su mayor fuente de placer.

Síntomas privilegiados en la madre: Irritabilidad general, que indicaría siempre acumulación de excitación o incapacidad de resistirla. Es parte de la ira como una de las etapas del proceso de duelo -pérdida del hijo imaginado, duelo anticipado por riesgo-, se asocia con el código en vivo "me hacen sentir culpable" en el marco de las tensiones con los profesionales del servicio y con las demás condiciones de la adaptación forzada a la internación. Se asociaría con el sentimiento de soledad y con la tensión con las figuras de apoyo; con desconfianza en los profesionales del servicio y valoración de crueldad y dureza en el trato y las informaciones de profesionales; el cónyuge ausente sería otra causa de irritabilidad con necesidad de exigir su apoyo; se asociaría también con el miedo a ser sustituida por mejores madres (las enfermeras que lo cuidan); con proyección de mala vida como consecuencia de la prematurez; con sentimiento de descalificar su productividad como madre; y con rechazo inicial del hijo por venir.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

M-16: Sí, recién la pude tocar y cuando fui me dijo que sí que la podía tocar...y me dice en realidad todo el tiempo pudiste tocarla pero, bueno, mejor no hablemos, hablemos de ahora en adelante...como que antes sí podía tocarla pero tampoco me dejaban tocarla, para no estimularla... entre que yo no entiendo muy bien...

La irritabilidad general se vería alimentada por la representación de un cónyuge que es desvalorizado como padre y desvalorizado como proveedor, y la aparente rivalidad con él por calidad de progenitor.

M-27: Siento que no lo necesito. Que voy a hacer todo sola, no voy a decirle. Nos peleamos porque yo viajé y volví y recién a los dos días me llamó, y él también estaba enojado porque decía que yo siempre hago lo que quiero...

N: me dijiste que él estuvo al tanto del embarazo...

M-27: Sí, él quiere darle el apellido pero yo la voy a anotar a mi nombre y él dice que lo deja a mi criterio.

Otro síntoma de la angustia es la espera angustiosa: comprendería todo aquello que designamos con los nombres de ansiedad, tendencia a la visión pesimista de las cosas, etc. Elaboramos en esta oportunidad el código en vivo "asustada"; ellas usaban esta expresión para decir que no sabían cómo reaccionar, estado de confusión, sentían que estaban pasando algo que no entendían y que es lo último que esperaban: quedarse sola sin el marido, saber que tiene que dejar al bebé y no querer hacerlo, saber que está gestando un hijo que no desea tenerlo, sostener un marido depresivo en simultáneo con el problema del bebé, necesitar expresar su angustia y que no se lo permitan.

M-03: Es como si lo tuviera pero no lo tuviera, porque solo un ratito te lo dejan ver...en cambio en la noche vos ves si respira, estás al lado de ella...y en un momento así, a mí no me pasó nunca, y si le pasa algo y yo no estoy ahí...eso es lo que yo le digo a mi marido, que se ponga en mi lugar, y en lugar de todas las mamás que tienen sus hijos internados...uno ya sabe que tiene los mejores cuidados y toda la cosa, pero a veces uno no se confía...

B.- Vacío: Es ausencia de hijo por lo que remite a una experiencia tangible, concreta, e irreversible. No ingresaría al proceso de elaboración simbólica hasta tanto no se produzca el primer encuentro con el bebé.

Presenta un modo de manifestación específico que anula la comunicación porque emerge el llanto de la madre y queda asociado con lo que no se sabe, no se entiende, no se puede decir, "no hay palabras". Las madres remiten sensaciones físicas y gestos de sostén en los brazos del hijo ausente, no expresan un sentido a esa sensación.

Parece que nos dicen que lo que sienten no tiene un lugar, ni un vínculo donde sea recibido su sentimiento, lo que imagina no es confirmado ni negado, no sabe, no entiende, no le dicen, no

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

pregunta. Parece expresar que no es posible proyectar la vida de este hijo porque todos los caminos son difíciles, inciertos y oscuros.

M-6: Y ahora la quiero ver porque no me siento madre, no claro, no la siento no le doy el pecho, estoy como que no entiendo nada (Llora)

C.-Miedo: Tercera propiedad, en orden de importancia, en la ESTRUCTURA EMOCIONAL DE LA MADRE. La ausencia de hijo que remite a la sensación de vacío en la madre, la dificultad para simbolizar y hablar de esta sensación que para ellas parece inexplicable, darían lugar a las fantasías (Laplanche, J. y Pontalis, J.; 1971:142) y los mecanismos defensivos que resultarían en fantasías destructivas que son el origen de los miedos.

Sin poder hablar, pensando que no tiene qué decir, porque supone que los demás deben saber lo que ella necesita, pensando que a nadie le interesa lo que le pasa y permitiendo que a ella la posterguen porque se están ocupando de su hijo, no le quedaría otro camino que la fantasía, es decir, escenificar su deseo, sentirse activa y decisora en la escena imaginada de realización de su deseo de encuentro.

Este despliegue fantasioso, se ubica en el marco de un ambiente que le resulta hostil, y en el juego defensivo de su mundo interno emergen los miedos. Se identificaron diferentes tipos de miedo en las madres del estudio: miedo a la muerte del bebé, miedo a no poder alimentarlo, miedo a las consecuencias para el futuro desarrollo, miedo a ser sustituida por mejores madres, miedo a que no pueda respirar y miedo a que le mientan por su riesgo orgánico.

D.- Soledad: La causa del sentimiento de soledad en las madres es la interrupción del amor primario. La ausencia del hijo tiene como consecuencia el sentimiento de soledad, que en los momentos posteriores al nacimiento sería expresado a través de la descripción de la experiencia de espera, y preparación para la primera visita a su hijo.

Las características de la espera es la urgencia en su recuperación del parto, las actividades respecto de su higiene y algún desplazamiento en su habitación que la mantienen muy ocupada; estas experiencias de preparación serían un paliativo a la sensación de vacío enunciada antes.

Luego de la primera visita a su hijo, la soledad se presenta como sentimiento preeminente en los casos de ausencia de la figura materna o de inestabilidad emocional de su propia madre (Sterm, D.; 1995). El sentimiento de soledad también se asocia con irritabilidad general, con somatización de la angustia y con la evocación de instancias del embarazo donde no contaba con apoyos y sostén emocional para los cuidados y los controles por priorizar el cuidado de otros hijos.

E. -Culpa: La culpa sería conciencia de participación en el proceso que dio como resultado la internación del bebé. Desde el punto de vista conceptual es la antesala de las actitudes reparatorias, que permite a la madre decidir acciones a favor de su hijo.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Cuando la dinámica entre culpa y reparación se ve interrumpida o imposibilitada, sobreviene otro sentimiento que es la desvalorización por causar riesgo.

También la conciencia de riesgo, cuando es anticipado tendría una incidencia favorable en la dinámica culpa-reparación en tanto la madre podría haber previsto información acerca de modalidades de participación en la recuperación de su hijo.

Mientras que cuando el riesgo surge de una situación traumática, se enfatizaría la sensación de vacío expresada en desconocimiento y desilusión: "no sé, no entiendo, estoy en una nube", "¿Qué fue lo que pasó? ¿Por qué se lo llevaron?" y se requeriría mayor tiempo de intercambio y comunicación con el ambiente hospitalario para que se desencadene el proceso culpa-reparación.

Informar sobre el riesgo de vida a otros hijos, está mediado por el temor de la madre a ser desvalorizada por sus otros hijos, se siente vulnerada por haberles fallado como dadora de hermanos (código: descalifica su capacidad productiva como madre).

La intensidad del sentimiento de culpa también incidiría en sus representaciones respecto del pronóstico en la vida de su hijo: a menor intensidad de culpa mayor presencia de una perspectiva esperanzadora acorde a la realidad con confianza en los profesionales; mientras que a mayor intensidad de culpa mayor presencia de percepciones optimistas no acordes a la realidad que desencadena procesos de negación del riesgo de vida; en esta segunda tendencia también parecería más intensa la valoración de crueldad en el trato de las enfermeras, por ser ellas las figuras centrales del servicio de neonatología para la madre en la relación con su hijo. También considera cruel el trato de los médicos y siente que no le creen y "me hacen sentir culpable".

F.- Duelo: el dolor por la pérdida de aquello en lo que se ha proyectado el deseo y desde lo que se ha imaginado recibir gratificación. Podríamos decir que el servicio de neonatología es zona de duelo en tanto podrían ser múltiples las instancias de pérdida en las madres desde la dimensión emocional.

La primera situación dolorosa para la madre sería la de adaptarse al bebé real y el trabajo que le significa desprenderse del bebé imaginado y fantaseado. Desprenderse, en este caso haría referencia a una reorientación de su libido desde una fantasía: la imagen de hijo escenificada en su mundo interno, y comenzar a vincularse con el bebé en el espacio de la incubadora.

M-12: Hoy la vi un ratito y no la quiero ver mucho...porque no me siento bien y me dan muchas ganas de llorar cuando estoy con ella...

Las manifestaciones del duelo: desvalorización, desilusión, desencanto, función materna que no puede amamantar y pérdida de autonomía.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

G.- Reparación: La culpa, definida en el presente estudio, como la conciencia de participación en el riesgo de la vida de su hijo, desencadenaría en las madres la necesidad de realizar acciones reparatorias destinadas al bienestar de su hijo.

La reparación sería el acto mediante el cual la madre vuelve a fortalecer su yo y a tolerar de algún modo su participación en el riesgo de vida de su hijo y cuando ella siente que se bloquea el ejercicio de su responsabilidad quedaría incapacitada y en la búsqueda de alivio tratando de descubrir la destructividad en otros, es decir, utilizaría el mecanismo de identificación proyectiva (Klein, M.; 1955: 448), mediante el cual deposita en otros los afectos intolerables de su yo y encuentra alivio. Sería todo el personal del servicio de neonatología, y especialmente la enfermera, la destinataria privilegiada de este mecanismo de defensa frente a la culpa intolerable que no pudo seguir el camino de la reparación.

En la **DINÁMICA¹ EMOCIONAL DE LA MADRE** se identificarían 4 procesos socio-psicológicos:

1.- Proceso socio-psicológico básico: INTERNACIÓN- ADAPTACIÓN

La pérdida de autonomía sería la categoría central del primer proceso socio-psicológico. Refiere a la sensación de pérdida de su propia iniciativa en la toma de decisiones acerca de la vida de su hijo.

M-18: Si, me dijeron que le van a poner todo lo que necesita y van a estar pendientes de cómo evoluciona ella

M-23: No, todavía no (pude hacer nada)...porque no he ido en los momentos en que ellas lo hacen...he ido en distintos momentos pero cuando está ella ya cambiada...

Las propiedades de este proceso de pérdida de autonomía serían: Interferida necesidad de contacto, contraria con la indiferenciación resultante del amor primario y comprometería el proceso de catexia libidinal consustancial con el ejercicio de maternización, es decir, de hacer de su hijo el objeto de su amor.

No poder maternizarlo, es decir, cuidarlo, identificarse con su hijo e interpretar sus necesidades, "controlar si respira y si se lo ve bien", serían factores que aumentan el miedo de la madre a la muerte de su hijo e incrementan su malestar; desencadenaría en ella un mecanismo de huida hacia los otros hijos, cuando existen, la defensa consiste en paliar el malestar recurriendo, en su representación, a aspectos gratificantes de la función materna con los otros hijos y que tendría como consecuencia un sentimiento de desconexión-enajenación con el recién nacido.

M-08: Yo sé que no me animo a cambiarle un pañal aunque me dejen, porque no me animo por tantos cables que tiene y siento que le voy a hacer mal

M-12: Sí...me preocupa mucho que esté ahí... daría cualquier cosa por cuidarla yo

¹ En cada uno de los procesos socio-psicológicos se detallarán las manifestaciones de cada una de las propiedades de la ESTRUCTURA EMOCIONAL DE LA MADRE con sus particularidades en cuanto a relaciones de distinto tipo: causalidad, consecuencia, características, paliativo, etc.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Alimentación interferida: no poder ejercer la función nutricia como uno de los aspectos centrales de la función materna inicial, poder darle el pecho a su hijo sería poder realizar acciones reparadoras de la culpa por causar riesgo. Se asocia con descalificación en cuanto a su productividad como madre. La alimentación de su hijo constituiría el foco de atención de la madre luego del nacimiento. La importancia que le asigna a este aspecto sería constante en la primera comunicación con el personal de neonatología cada vez que lo visita: su hijo se alimentó o no y cuándo podrá ella darle el pecho.

Irritabilidad general: en este caso se asocia con el ejercicio de la maternidad evocado en sus vecinas de internación y con los celos y la tensión con el personal del servicio de neonatología, lo que le generaría miedo a ser sustituida por mejores madres como consecuencia de su propia desvalorización.

Urgencia porque aumente de peso: que representaría una manera de transacción emocional con el ambiente hospitalario en cuanto a que reconoce en el aumento de peso el factor determinante para el encuentro con su hijo, el cese de las interferencias y poder volver a asumir su autonomía y ejercer la función materna.

Entrega condicionada: sería la disponibilidad de la madre en la institución para recibir lo que le ofrecen. Se asocia con desvalorización, desencanto y desilusión. Estaría sujeta a los mensajes contradictorios de los profesionales y a recibir información que le produce sobrecarga y dificultades de metabolizarla (código: responsabilidad profesional en informar produce dolor materno).

M-16: Ahora me dicen que no, que puede ser algo infeccioso, que se lo he contagiado o que puede ser algo congénito pero...no sé porque ellos no saben nada

La entrega condicionada en el marco de la pérdida de autonomía se constituiría en la antesala del proceso de hospitalización como pérdida de su capacidad de decidir sobre la vida de su hijo y la dependencia de los profesionales con miedo a no contar con su ayuda cuando ya no estén internados.

Celos: que representarían el sentimiento de la madre que refiere a su deseo de ocupar el lugar de la enfermera, de sustituirla por derecho propio que siente que no le es reconocido. También expresaría celos hacia el marido porque tuvo más contacto inicial con bebé, especialmente en los casos de demora en la primera visita por su propia internación en terapia intensiva de adultos.

TIPOS DE ADAPTACIÓN A LA INTERNACIÓN²

A.-Tolerancia a la internación: La madre tendría capacidad de aceptación de la condición de riesgo en su hijo por adecuada recepción de la información y posibilidades de consultar por sus

² El programa Atlas.ti de procesamiento de datos cualitativos utilizado permitió constituir familias de documentos primarios (que contiene el registro de las dos entrevistas realizadas a cada madre) según el tipo de adaptación a la internación.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

dudas; adecuado ajuste en la identidad de madre cuando es la primera vez que un hijo propio requiere internación; cuando cuenta con experiencia previa útil que le permite afrontar lo actual; cuando se siente en condiciones de contar con el apoyo de su propia madre, o figuras maternas de confianza, que le permiten realizar los ajustes en el funcionamiento de su familia mientras dure la internación; sería capaz de sentir confianza en los profesionales y reconocería prontamente alguno de los profesionales como figura de sostén cuando le demuestran paciencia ante sus solicitudes; demostraría mejoría en su estado de ánimo cuando se siente útil para atender a su hijo durante la internación y valoraría su capacidad de maternizar al hijo; confiaría en pronta resolución por buen peso en el momento del nacimiento.

Se podría identificar un grupo de madres (28 de las 55 madres de la muestra) que estarían en condiciones de atravesar un proceso de tolerancia a la internación, y el punto de inflexión para que este tipo de adaptación a la internación sea posible sería la presencia de su propia madre como madre en la matriz de apoyo compuesta por las figuras de sostén emocional durante la internación.

B.- Adaptación forzada a la internación: La madre sentiría intensa tensión entre el funcionamiento familiar y las condiciones de la internación; tensión con las figuras de apoyo originada en los celos y en tener que comunicar una noticia desagradable a la familia extendida; aumentaría la consideración de si misma como gestante fallada como expresión del sentimiento de desvalorización y culpa frente a si misma y a sus otros hijos; mostraría una fuerte tendencia a desvalorizar a su cónyuge como padre y proveedor y le exigiría mayor apoyo emocional; presentaría una mayor tendencia defensiva de huir hacia otros hijos como búsqueda de gratificación; aumentaría su sentimiento soledad.

Esta modalidad en el proceso de internación sería consecuencia de considerar que no cuenta con el apoyo de una figura maternal confiable, por ausencia de su madre, o porque la considera inestable emocionalmente, lo que sería la causa que le impidiera establecer vínculos saludables de apoyo con algún personal del servicio.

2.- Proceso socio-psicológico básico: VINCULACIÓN CON AGENTES HOSPITALARIOS.

La convicción de la madre de que "nadie lo cuida como yo" sería la categoría central del segundo proceso.

Una de las causas es la dependencia de informantes: Se desencadenaría por el proceso de recuperación del parto que mantiene a la madre en su propia internación y siente la urgencia de recibir la información que le aporta su cónyuge y los profesionales; o bien cuando una vez transcurrida la primera visita al bebé en la sala de neonatología requiere información para su participación en los cuidados de su hijo frente a la pérdida de su autonomía. Sería una vivencia de vacío y situación forzada con la que inicia su proceso de vinculación con los agentes hospitalarios.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Otra causa es la conciencia de riesgo, se identificaron dos modalidades: podría ser considerada positiva cuando el riesgo es anticipado o previsto y cuando el riesgo obedece a una instancia inesperada o traumática.

PROCESOS DE VINCULACIÓN CON LOS AGENTES HOSPITALARIOS

Se presentarían dos tendencias en la vinculación con los agentes hospitalarios:

A. PROCESO DE ACEPTACIÓN AMBIVALENTE que le permitiría a la madre la aceptación de los profesionales en la matriz de apoyo condicionada al bienestar del bebé, lo que mostraría un avance adecuado respecto de la elaboración y aceptación de la pérdida de autonomía. Estaría sujeta a los avances en el estado de su hijo que ella puede evaluar como positivos y tomaría un sentido opuesto si algún incidente interfiriera el rumbo de la evolución del bebé.

Las propiedades de este proceso: Confianza en el personal de neonatología, confianza en los profesionales, mejora el pronóstico-mejora su estado de ánimo, entre otras.

B. PROCESO DE TENSIÓN CONSTANTE. Los vínculos negativos con los agentes hospitalarios son causa de adaptación forzada. Se asocian con mayor malestar por la pérdida de autonomía, aumentarían los sentimientos de desvalorización y el miedo a la muerte del hijo (González, M. A. 1996).

Las propiedades son: Responsabilidad profesional en informar produce dolor materno. Se asocia con las situaciones en las que la madre recibiría sobre información que no puede metabolizar, le produciría una sobrecarga tener que participar de decisiones en el marco del consentimiento informado.

M-04: Tenemos que tomar una decisión, y la decisión nuestra como papás es que si nos están diciendo que es incompatible, y la única oportunidad es la operación y bueno, pero nos dijeron que el 99% de posibilidades es que quede en la cirugía, pero sentimos que algo tenemos que hacer, y el doctor nos hace hincapié, que ella no sale de cirugía, y que es mejor para mí, él me dice que ella no está sufriendo, nunca le ponen tranquilizante y se re duerme...yo la hablo y ella llora (llora)... Si llega a salir de cirugía ella nunca va a ser normal... (llora)

Otra propiedad: mensajes contradictorios de los profesionales

M-8: Porque me dijo que era grave la operación que le tenían que hacer y que no tenía el músculo, que es como una membrana, y ahora parece que si lo tiene... Si, porque anoche era más grave, ahora es más simple, hay diferencia...estoy perdida

M-03: No, no la doctora no me sabe decir, hoy día me estuvo diciendo cuando fui como a las doce, que capaz que fue por la pulmonía que tuve yo y eso le afectó a ella, me habían dicho que no, que estaba bien

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Estos mensajes son componentes cruciales del proceso de apego y se referiría a las consecuencias de los primeros mensajes emitidos por los médicos y que tendrían un efecto perdurable como productores de miedo o angustia en las madres³.

Proceso socio-psicológico básico: IDENTIDAD DE MADRE-VÍNCULOS DE SOSTÉN

La identidad de madre, en los casos de madres de hijos anteriores, y la inicial constitución de su identidad, en los casos de madres primerizas, requiere ajustes que se posibilitarían por los vínculos de sostén con los que cuenta. En relación a este proceso se identificaron tres tipos de madres: maternidad inaugural, madre experimentada preocupada y madre sacrificada.

Según Daniel Stern, la reorganización de la identidad de madre es una de las subcategorías del concepto de constelación maternal en todas las madres luego del parto, en el caso del nacimiento en riesgo, esta reorganización, a la que hemos denominado como ajuste en la identidad de madre, tendría las siguientes características o propiedades:

“Asustada” Las madres usan esta expresión para decir que no sabían cómo reaccionar y que tenían un estado de confusión, sienten que está pasando algo que no entienden.

Ajustes en el funcionamiento familiar. Sería una preocupación central de la madre en vistas al proceso de internación del recién nacido y estaría directamente relacionado con el anticipo del tiempo de internación que requerirá el bebé luego del alta obstétrica de la madre y con los vínculos de sostén que le permitirían soportar la tensión entre el funcionamiento familiar (la atención de otros hijos) y la internación en el caso de la madre experimentada.

Dolor íntimo versus información a la familia. Se asocia con el sentimiento de culpa y la desvalorización; consistiría en un sentimiento especial de la madre que se ve urgida a presentarse ante su familia extendida con una noticia desagradable y las consecuencias para la expectativas en torno al lugar genealógico del recién nacido (“primer nieto y primer sobrino”, “el nieto varón largamente esperado”, etc.) y para la vida familiar de los otros miembros.

Las posibilidades de ajuste en la identidad de madre dependen de los vínculos de sostén que componen la matriz de apoyo (Stern, D. 1995. Pág. 210), se identificaron cuatro: figura maternal, cónyuge, figura religiosa y profesionales del servicio.

³ Kennel J. y Klaus, M. (1976) Ob. Cit. Principio N° 7 de los definidos para iniciar el proceso de apego: "Ciertos acontecimientos que suceden inmediatamente después del nacimiento, tienen efectos perdurables. Las ansiedades por el bienestar del bebé con un trastorno pasajero el primer día de vida, pueden acarrear preocupaciones a largo plazo que pondría en riesgo la orientación del desarrollo del niño". Pág. 25

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

TIPOS DE MADRE SEGÚN LOS AJUSTES EN SU IDENTIDAD⁴

Maternidad inaugural

La maternidad inaugural sería un tipo de la identidad de madre y estaría causada por el pasaje de esposa a progenitora –cuando la pareja convive y proyectó la constitución de la familia-; o en el caso del pasaje de hija a madre –menores de 20 años- que se caracteriza porque se organiza la familia a partir del nacimiento.

Se asociaría con desconocimiento –en los casos de embarazo no buscado-, las madres contarían con la experiencia de anticipo de función materna con su hermana cuando han tenido la oportunidad de participar del cuidado de sobrinos; considerarían a la figura materna como garantía de apoyo y expresan “prefiero a mi mamá” antes que a otra figura maternal porque que es causa de la confianza en su posibilidad de maternizar.

M-11: se terminaron las amigas, ya no son los mismos pensamientos, antes era: que me interesa si lo veo o no lo veo, ahora ya no es lo mismo está la bebé y tenemos que estar juntos, hace dos años y dos meses que estoy con él, antes nos juntábamos a la noche en mi casa, íbamos a los bailes...

En las madres que pertenecen a sectores sociales más desfavorecidos se presentaría la tendencia a ser “solo madre” como oposición a buscar otras alternativas y proyectos vitales, como por ejemplo, terminar el secundario o realizar algún emprendimiento o trabajo.

M-01: No, no tengo ganas de seguir estudiando quiero preocuparme de mi hijo nada más

En las madres que pertenecen a sectores sociales medios se presentaría la tendencia de deseo de autonomía económica a través de un trabajo rentado, o la realización de otros proyectos como iniciar o terminar estudios de nivel superior; aunque definan un tiempo solo para la crianza del recién nacido (Oberman, A. 2000).

Madre experimentada preocupada

Sería la madre sujeta a los ajustes en su identidad de madre cuando es la primera vez que atraviesa un nacimiento en riesgo, y se asociaría a la experiencia de previa madre que anticipa las preocupaciones, o en el caso en que ha tenido otro hijo nacido en riesgo se asociaría con la experiencia previa útil para afrontar lo actual.

Estas experiencias le darían a la madre otras condiciones para afrontar la separación madre bebé, la pérdida de autonomía, la interferencia en su necesidad de contacto con el recién nacido y tener que asumir la función materna sin ejercer la función nutricia. La tensión entre familia e internación tendría las mismas características que los otros tipos de identidad de madre.

⁴ El programa Atlas.ti de procesamiento de datos cualitativos utilizado permitió constituir familias de documentos primarios (que contiene el registro de las dos entrevistas realizadas a cada madre) según los tipos de madres: 22 de las 55 madres forman el grupo de madres del tipo maternidad inaugural; 25 de las 55 madres forman el grupo de madres del tipo madre experimentada preocupada y 8 de las 55 madres forman el grupo de madres del tipo madre sacrificada.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Madre sacrificada

La categoría madre sacrificada se tomó de un estudio psicológico y antropológico (Jiménez Godoy, A. 2001: 2) que identificó las creencias en torno al sacrificio de las madres hasta subsumir sus identidades en el sacrificio por dedicar sus vidas a sus hijos.

En el presente estudio incluiríamos en este grupo a las madres que se aferrarían a un ejercicio tradicional de la maternidad aun cuando las condiciones de riesgo socio familiar, la falta de cuidados en el embarazo, el muy bajo nivel de escolaridad, la condición de analfabeta funcional y la tendencia a ser solo madre (al recién nacido se le asigna el lugar de objeto de sentido existencial), operarían como tensión permanente para el ejercicio de la maternidad imaginada. La consideración del sacrificio y autocompasión que componen la categoría de madre sacrificada, sería una dificultad que se sobre agrega a las dificultades que la madre anticipa en su preocupación por la vida futura cuando el nacimiento se produjo en situación de riesgo.

M-49: A mí me iba a pasar eso si yo me quedaba allá...porque el médico no me quería hacer internar...él no quería hacer nada por miedo al traslado...y yo me vine con la bolsa rota de allá...el médico en lo único que me ayudo fue a buscar por teléfono a preguntar a toda Córdoba y nadie me quería recibir...y me dijo que me viniera acá que seguro me iban a recibir...yo vine y apenas llegué me recibieron...

Proceso socio-psicológico básico: FUNCIÓN MATERNA EN RIESGO

La función materna, en todas las madres de la muestra, adolecería de riesgo en tanto su disponibilidad original a significar la subjetividad de su hijo como característica del despliegue del amor primario se vio interrumpida por la separación madre-bebé. Por lo que todas las propiedades de la estructura emocional de la madre incidirían fuertemente en el ejercicio de la función materna.

En este cuarto proceso socio psicológico que compondría la DINÁMICA EMOCIONAL DE LA MADRE identificamos como categoría central la significación asignada por la madre al recién nacido, que es el proceso que da origen a la subjetividad del hijo.

Significación de la subjetividad del hijo

Sería el nacimiento del sujeto psicológico luego del parto. El parto aporta un organismo sobre el que se inscribirán las significaciones de sus progenitores surgidas en el inicio de los dos procesos complementarios de maternizar e hijar al recién nacido. Se expresa en el característico lenguaje maternal (arrullo, media lengua, mirada mutua sostenida, híper expresividad gestual).

En las madres de la muestra este proceso se iniciaría parcialmente cuando existió la posibilidad de un fugaz contacto inicial en la sala de partos y quedaría demorado y sería mediatizado por los comentarios que recibe la madre de su cónyuge cuando es el encargado de transmitirle el primer informe neonatológico.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

En el caso de las madres en estudio, se inicia en el marco de procesos de desilusión (antes de la primera visita a su hijo) y desencanto (después de la primera visita), que como procesos de duelo, afectarían la relación afectiva primaria (Stern, D. 1995. Pág. 210) porque ocupan el lugar de la gratificación esperada por el nacimiento.

Estos comentarios de la madre respecto de su recién nacido: a quién se parece, cómo lo ve, como será cuando sea grande, en cuánto se parece a ella, etc., refieren a todas las asignaciones de sentido afectivo y de posesión de su hijo, desde el nombre, hasta actitudes que ella lee en las manifestaciones que observa en su hijo; componen el acervo de representaciones que luego formarían parte de la identidad del hijo y éste los asumiría como propios en evocación de su historia vital y durarían toda la vida.

M-25: le dijeron a mi marido que se olvidaba de respirar y como está tan dormido por la anestesia general...parece que es vago

M-28: Muy inquieta!! Siempre ha sido activa, en la panza, desde un comienzo, inquieta, inquieta...

Propiedades de la función materna en riesgo:

Busca alternativas de acción vitales

Cuando las condiciones del nacimiento en riesgo y la separación madre bebé tienen una consecuencia negativa la madre habla de otros proyectos que favorecen su posición en el mundo, o proyecto de estudios superiores, e integra a las figuras de apoyo en el ejercicio de la función materna. Representaría una manifestación del sentimiento de necesitar otras fuentes de gratificación frente a las dificultades del nacimiento en riesgo.

Congénito o genético

Es un interrogante de la madre respecto a las causas del nacimiento en riesgo, representaría un camino para poder paliar la culpa buscando razones genéticas de modo que no dependa de decisiones equivocadas o riesgosas de su parte.

Representaría una manifestación de un sentimiento que demoraría el inicio del proceso de reparación: expresar la inquietud por asumir la responsabilidad de realizar acciones tendientes al cuidado de su hijo.

Función materna postergada y evocada por sus vecinas de internación

Sería una expresión de un proceso de vinculación imaginaria con otras madres próximas que remite a sentimientos de celos (querer ocupar su lugar) y envidia (por qué ella lo tiene y yo no). Se asocia con representaciones a las que liga su angustia de separación.

M-36: Sí, yo ayer la veía a la chica con el bebito...acá conmigo, por qué no puedo estar yo con mi Bebé...me daba una cosa...

Limitaciones en la acción de maternizar

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Es una especificación de unas de las categorías del concepto de constelación maternal: Vida y crecimiento. Serían las acciones de la madre que hacen a su función de atender al bebé y que estarían presentes en todas las madres sin demasiada variación: alzarlo, alimentarlo, cambiar los pañales, bañarlo, acariciarlo, y que se relaciona con las funciones biológicas que definen la continuidad de la vida fuera del útero. Acción de maternizar y significar la subjetividad del hijo serían los dos aspectos centrales de la función de maternizar.

M-04: y a su manera, dicen que no la podemos despertar, está descansando me dicen y como yo le cambio el pañal antes de irme yo la despierto porque yo quiero verla aunque sea despierta que me mueva una pata, que me diga vieja dejame de joder, pero vos te das cuenta que se está quejando o que está llorando...

Inmediatez en su propia recuperación

Sería una manifestación constante de la madre en proceso de recuperación después del parto, que expresa su compromiso frente a la responsabilidad que asume como proceso reparador por el riesgo en el nacimiento.

Confía en pronta solución por buen peso

Es un aspecto gratificante para la madre que compensa la culpa por el riesgo, lo mismo que si fue un parto a término con buen peso. Se relaciona con la confianza en su posibilidad de maternizar; es un paliativo al miedo a no poder alimentarlo (no tener leche) por estar separados, y a la interferida necesidad de contacto.

Representaría un proceso de identificación con el hijo desde aspectos valorados positivamente como reparación de culpa según una cadena de significaciones: pude darte buen peso en la panza, no soy tan mala madre, sé que podré cuidarte cuando te tenga conmigo.

Significado de hijo

Sería la conjugación de una serie de representaciones sociales de la existencia de un hijo, es una combinación de orden emocional y cultural, la madre se identificaría con los dichos de la cultura respecto a los hijos y los hace propios, por ejemplo: "mi hijo me va a ayudar porque trae el pan bajo el brazo"; "este hijo define una familia porque con uno solo no somos familia"; "con este hijo consigo que mi marido sea padre"; "es una prueba de mi fertilidad"; "con este hijo varón gratifico a mi marido porque es varón". Representaría una característica específica de la identidad de madre y un modo particular de subjetivación que en el caso de las madres de la muestra se elabora en el marco de procesos de dolor por pérdidas por lo que incidiría negativamente en el ejercicio de la función materna.

M-02: Con Bianca me compre todo para mi casa... vienen con el pan abajo del brazo...y ahora con Mateo ya voy a tener mi casa que es lo que más quiero tener un techo digno para ellos

Socializar en la espera, alivia

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Expresaría un paliativo a la sensación de vacío y soledad, específicamente, porque la compañía limita el cúmulo de fantasías destructivas que podrían surgir como consecuencia de la culpa y que la madre está dispuesta a desplegar mientras espera el encuentro con su hijo o los tiempos de la visita a la sala de neonatología.

M-06: Si, es muy lindo porque te cuentan las experiencias, si, yo veía como Juan se saludaba con otros papás

M-12: Si, hablando con vos veo que es distinto...pero el día es tan largo acá

CONCLUSIONES

El ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE del niño nacido en riesgo internado en neonatología sería un estado de profundo malestar provocado por las tendencias contradictorias propias del conflicto psíquico entre el deseo de encuentro con su hijo y la imposibilidad. Este malestar tendría una pronta resolución en la medida que la madre se siente útil en la atención de su recién nacido. Es por esto que sostendríamos la presunción inicial de no considerarla como un cuadro patológico permanente. El corto proceso que se consideró en el presente estudio (entrevista inmediatamente después del parto y después de la primera visita al bebé) permitió focalizar y profundizar las condiciones emocionales de las madres en el inicio de los procesos de simbolización de la subjetividad de su hijo.

El tipo de patología del bebé no tiene especial influencia en el ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE, salvo en los casos de muerte inminente por malformación con incompatibilidad del recién nacido, que son los casos en que el duelo como propiedad de la estructura emocional tiene un correlato con la realidad y el proceso de trabajo de duelo en la madre se inicia al mismo tiempo que se produjo el informe inicial neonatológico.

La separación madre bebé es un punto de inflexión que impacta en su proceso de desvalorización y culpa por causar riesgo; y que tendría consecuencias en el riesgo de la función materna. Riesgo neonatológico-alto riesgo emocional en el proceso de vinculación inicial madre hijo- altísimo riesgo para el ejercicio de la función materna y el desarrollo posterior del niño sería la secuencia que nos permitiría comprender que, aparentes insignificantes sucesos ocurridos en el proceso del parto y el nacimiento, tendrían consecuencias muy significativas en torno a la salud o la enfermedad mental del niño nacido en riesgo.

La pérdida de autonomía que implica el proceso de internación y la interferencia en el despliegue del amor primario signarían todo el proceso inicial de vinculación madre hijo. La preocupación inicial de la madre respecto de sus expectativas en el encuentro postergado con su hijo ronda en torno a la necesidad de darle el pecho, proceso que se encuentra por demás interferido, o por condiciones de la salud del bebé, o por condiciones de intervención profesional innecesarias que desbasta la potencialidad de maternizar en la madre.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

No habría posibilidades de adaptación saludable al proceso de internación dado que la hipersensibilidad de la madre aportaría, en el mejor de los casos, una posibilidad de tolerancia ambivalente a la internación, lo que podría trocar de inmediato en adaptación forzada cuando el pronóstico de salud del bebé no se cumple como lo esperaba; y en el caso en que los agentes hospitalarios podrían valorar como buena adaptación de la madre por su sujeción a las normativas institucionales, tendríamos una madre con síntomas de hospitalismo y comprometida con rituales que no le permiten el compromiso afectivo necesario para el vínculo con su hijo. Todos los procesos comprometidos en la DINÁMICA EMOCIONAL DE LA MADRE: internación-adaptación; vinculación con agentes hospitalarios; identidad de madre-vínculos de sostén y función materna en riesgo dependen de dos factores que en cada uno de esos procesos tendrían relativa importancia: la presencia de su propia madre como figura que representa garantía de apoyo emocional y la posibilidad de sentirse útil en la atención de su hijo durante la internación. La complejidad de procesos implicados en la ESTRUCTURA Y DINÁMICA EMOCIONAL DE LA MADRE que impactarían de manera determinante la salud y la enfermedad o riesgo del vínculo madre-hijo y del futuro desarrollo del niño, carecería de visibilidad en las prácticas hospitalarias actuales.

SUGERENCIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD MENTAL

Por la invisibilidad enunciada antes podrían generarse prácticas hospitalarias iatrogénicas porque interfirieran la autonomía de madre y aportan para que el sentimiento de desvalorización se fortalezca; en su lugar se necesitan intervenciones de prevención primaria de los riesgos de patologías emocionales posteriores a la internación.

También sería inminente la necesidad de realizar investigación respecto al seguimiento de los niños nacidos en riesgo durante los tres primeros años de su desarrollo posterior, con especial atención al vínculo madre-hijo.

Los momentos iniciales del posparto constituirían una instancia de emergencia emocional en la madre y las intervenciones del personal de los equipos de salud mental tienen una importancia inestimable.

La técnica de recolección de datos utilizada en el presente estudio y su modalidad de escucha desde la perspectiva psicoanalítica en las entrevistas en profundidad bien puede convertirse en técnica de intervención psicoterapéutica preventiva.

Las problemáticas sociofamiliares de los sectores más desfavorecidos, que provocan la mayor frecuencia de nacimientos en riesgo, constituyen el sector más vulnerable y con mayor demanda de atención psicoterapéutica por los riesgos de maltrato infantil que han sido demostrados desde el inicio de la psicología perinatólogica en neonatología, por lo que los hospitales públicos que atienden esta franja social no deberían postergar la tematización y la implementación de

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

acciones tendientes a la prevención del maltrato infantil surgidas de la desvinculación inicial entre la madre y el bebé en los nacimientos en riesgo.

INTERDISCIPLINA

Es inminente la necesidad de constituir experiencias de trabajo multidisciplinar que permita construir conocimiento compartido en equipos de trabajo donde puedan atenderse los aspectos emocionales con la misma premura que los parámetros del respirador.

Las prácticas de enfermería que se inscriben en intenciones de "educar" a la madre con orientaciones invalidantes de su iniciativa, o espacios informativos que no desean, que no permiten o no pueden recuperar las previsiones de las madres para el ejercicio de la función materna, deben ser erradicadas de las instituciones de salud, y el personal de enfermería debe recibir otro tipo de capacitación en aspectos relativos al acompañamiento a las madres durante la internación.

Durante el trabajo de campo se escuchó a las enfermeras de neonatología hablar acerca de sus preocupaciones en torno al seguimiento de los prematuros luego de recibir el alta y el estado de desatención en el que los encuentran cuando deben ser reingresados, esa preocupación muestra las fallas en la función materna que fueron enunciadas alrededor de 1975 cuando inició el campo de la Psicología Perinatal. Sin que medie el trabajo psicoterapéutico este problema parece llevar a las enfermeras a enfatizar los mismos procedimientos "educativos" con lo que producen cada vez más enajenación en la madre; con su preocupación en fomentar el apego, consiguen mayor desapego.

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y EL NACIMIENTO

Es inminente la necesidad de humanizar el trabajo de obstetras, neonatólogos y enfermeras. El trabajo requeriría inicialmente reconocer los límites de la propia profesión y comprender al parto y el nacimiento como objeto complejo que requiere conocimiento compartido y no solo la derivación a otro profesional. A modo de ejemplo: concientizar que la interrupción del acto de amamantamiento, la nula intimidad de la madre en ese acto, producen distancia emocional en la madre; las prácticas de despertar al bebé mojando su rostro o los pellizcos en las mejillas interrumpen los procesos defensivos del bebé frente a la hostilidad del ambiente por estar alejado de su madre; la única que puede despertarlo es la madre con su lenguaje maternal y la proximidad de los latidos de su corazón. La única que puede ayudar a la madre en este primer acto de amamantamiento es su propia madre.

Surgiría como inminente la necesidad de investigaciones que construyan explicación respecto de los efectos del síndrome de burnout en el personal de neonatología por su exposición permanente frente al riesgo.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

Otra línea de investigación que sería de muy significativa importancia debería considerar las representaciones emocionales que tiene el personal de enfermería respecto a su trabajo de reemplazo, y acompañamiento a las madres de los bebés internados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balint, M. (1979) Punto 4 El ámbito de la falta básica. 5 El ámbito de la creación. 11. Estado antenatal y estado posnatal temprano. 12 Amor primario 24 La regresión terapéutica, el amor primario y la falta básica. En: La Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Paidós Psicología Profunda.
2. Bowlby, J. (1980-1993) 3. Marco conceptual 7. La pérdida de un hijo. 10. Factores que afectan el curso del duelo. 14. Tristeza, depresión y trastornos depresivos. La pérdida en la niñez y trastorno psiquiátrico. 25 La respuesta de los niños pequeños a la luz del desarrollo cognitivo temprano. En: La Pérdida Paidós Psicología profunda en español.
3. Freud, S.; (1926). Inhibición síntoma y angustia 71-164. Tomo XX Amorrortu Editores
4. Freud, S; (1896) La etiología de la histeria 317-325. Ob. Com. Versión digital <http://psikolibro.webcindario.com/entrafreud.htm>
5. Glaser, B. y Strauss, A. (1967) The Discovery of Grounded Theory Strategic for qualitative research. Aldine Publishing Company. New York
6. González Uriarte, Ana: "Estados emocionales en el postparto" Revista Medicina Naturista Nº 10 2006 <http://www.invenia.es>
7. González, M. A. (1996): "Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales" Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá • Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, XV, Nº 2. <http://www.sarda.org.ar/Revista>
8. González, María Aurelia y Naddeo, Silvana J.: "Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental" Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Año 2007. Volumen 26. Nº 4 <http://www.sarda.org.ar/Revista.pdf>
9. Jiménez Godoy, A. B. "El mito de la madre sacrificada, un modelo de género" Universidad de Murcia, España. REVISTA de ANTROPOLOGÍA EXPERIMENTAL -2001- <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/mitomadre.pdf> Consultado el 04/07/2009.
10. Kennell J. y Klaus, M (1976): Capítulo 3: "Comportamiento maternal y paternal en el humano". Capítulo 4: "Asistencia de los padres del neonato prematuro". Capítulo 5: "Asistencia de los padres del niño con malformación congénita" y Capítulo 6: "Asistencia de los padres del niño que va a morir". En: La relación madre hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Editorial Médica Panamericana. Cleveland Ohio USA.

CONFERENCIA: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO INTERNADO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. CÓRDOBA. ARGENTINA. 2012

11. Klein, M. 1955. Sobre la identificación. Obras Completas. Versión digital <http://www.psicoanalisis.org/klein/index2.htm>. 447-473
12. Laplanche, J y Pontalis, J. (1971) Diccionario de psicoanálisis. Labor editorial.
13. Muñoz Justicia, J. (2003) Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti Universidad Autónoma de Barcelona.
14. Murillo, J. (2003) Teoría Fundamentada o Grounded Theory. Universidad Autónoma de Madrid. http://www.academia.edu/1332754/Teor%C3%ADa_Fundamentada_o_Grounded_Theory
15. Odent, Michel (2009): "La hora siguiente al nacimiento: no "despierten" a la madre" extracto de "La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad" Segunda Edición. Ed. OB STARE <http://www.quenooosseparen.info>
16. Oiberman, A. (2000) "Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad" Psicodebate 5 Psicología, Cultura y Sociedad Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones>
17. Oiberman, A. y otros (1998): "Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato". Beca Ubacyt (1995-1997). Trabajo presentado en IV Jornadas de Investigación en Psicología Secretaría de Investigaciones- Instituto de Investigaciones Facultad de Psicología UBA. <http://www.psi.uba.ar/investigaciones>.
18. Santos, M. S. "Construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en U.C.I.N.: Resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XV. <http://www.scielo.org.ar>
19. Stern, D.: (1995) Capítulo XI "La constelación maternal". En: La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Paidós Buenos Aires, 1997.
20. Valles, M. "Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional" 1999. Editorial Síntesis. S.A. España
21. Winnicott, Donald: "El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia" 1965 Obras completas. Pág. 400 www.psicoanalisis.org
22. Winnicott, Donald: "Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia - 1949-"; "Preocupación materna primaria -1956-" En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Paidós Psicología Profunda. Primera edición en español. Barcelona. Laia. 1979
23. Winnicott, Donald: "Nota sobre la relación entre la madre y el feto"-1960-"Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación paterno-filial" -1961-"Desarrollo del tema del inconsciente de la madre tal como se lo descubre en la práctica psicoanalítica" -1969 a-; "La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé" -1969 b-. En: Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós Psicología Profunda 4ª Reimpresión 2006.