

II JORNADA DE SALUT I GÈNERE DE LES ILLES BALEARS. ETAPES INICIALS DE LA VIDA. MONOGRAFIC : ATENCIÓ PERINATAL

ORGANITZA : COORDINACIÓ DE SALUT I GÈNERE DE LA CONSELERIA DE SALUT I CONSUM DEL GOVERN DE LES ILLES BALEARS

PALMA DE MALLORCA, DÍAS 9 Y 10 DE FEBRERO DE 2011

MESA REDONDA: ATENCIÓ PERINATAL DE FUTUR

PONENCIA: “ACOMPANYAMENT PSICOLÒGIC I EMOCIONAL DE LA MARE, EL PARE I EL NADÓ DURANT EL PERÍODE PERINATAL”

PONENTE: JUAN LARBÁN VERA, PSIQUIATRA Y PSICOTERAPEUTA DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS, IBIZA.

E-MAIL: juan.larban@gmail.com

RESUMEN

En este trabajo, trato de situar la atención perinatal que se presta hoy día en España y en especial en Baleares, analizándola dentro del contexto social y sanitario en que se vive y en el que se presta dicha atención, intentando responder a las preguntas, ¿Qué se suele hacer? ¿Qué no debería hacerse? ¿Qué podría hacerse ahora y en el futuro?

INTRODUCCIÓN

De la misma forma que el dolor físico demanda ser calmado, comprendido, y no silenciado, el sufrimiento psíquico y emocional reclama ser contenido, y sobre todo, escuchado y comprendido.

A PROPÓSITO DEL CONTEXTO DE ESTA EXPOSICIÓN

El acompañamiento emocional y psicológico al que voy a referirme a lo largo de este trabajo se sustenta en el concepto comunicación y comprensión empática, así como en el de alianza terapéutica.

Entiendo por alianza terapéutica, la interacción empática que se establece entre dos personas o más, con el objetivo común de conseguir unos determinados resultados. Esto supone, en el seno de una relación de ayuda, el desarrollo de un proceso co-construido en el seno de una interacción evolutiva y en espiral, que aunque asimétrica, -entre quien da y quien recibe ayuda-, supone una relación de

comprensión y de inter-dependencia recíproca, además de una colaboración y respeto mutuos.

La base de esta alianza terapéutica en un sentido amplio sería la comprensión empática (emocional y cognitiva) con las características antes descritas, que permite al terapeuta o al que presta ayuda, comprender lo que siente y lo que piensa el otro “como si” estuviese en su interior, es decir, sin confundirse con él. A su vez, este proceso interactivo, permite sin pedírselo, que el otro a su vez, intente comprendernos de la misma forma.

Aplicado más específicamente a la relación terapéutica, la alianza terapéutica supone que la comprensión empática del sufrimiento, del problema, de la forma de ser del paciente, produce de forma progresiva e interactiva, la comprensión también empática del paciente hacia la forma de ser, la actitud, y el método de trabajo del terapeuta.

La empatía, necesaria para el desarrollo del ser humano como sujeto, con subjetividad propia, posibilita el acceso a la inter-subjetividad, (capacidad de compartir la experiencia subjetiva con el otro) potenciando la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro y también, tomando como base y vehículo de transmisión las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o inconscientes.

Como vemos por el contenido de la definición expuesta, se podría decir que la capacidad de inter-subjetividad -que responde a una necesidad psicológica y biológica del ser humano-, permite regular la intimidad del sujeto en su relación con el otro y reforzar el sentido de pertenencia grupal. No es solamente diádica sino también grupal como muestran los estudios sobre el hecho de compartir los afectos y experiencias en la familia.

El desarrollo de la capacidad de inter subjetividad está en la base del aprendizaje humano, del acceso al simbolismo y del lenguaje verbal. Depende de la capacidad

de identificación empática del cuidador con su bebé, de ponerse en su lugar, “como si” estuviese en su interior pero de forma parcial y transitoria para no confundirse con él. Proceso interactivo que a su vez facilita el desarrollo progresivo de dicha capacidad en el bebé, facilitándole la relación ínter subjetiva con el otro y entre otros progresos del bebé, la aparición de la sonrisa intencional o social que hoy día se sabe que aparece en el bebé que se desarrolla normalmente, a partir de las 4 semanas de vida y no de los tres meses como se pensaba antes.

Si no hay experiencias compartidas con el otro, con los otros, si no hay encuentro interactivo empático acompañado de separación diferenciación con el otro, no hay posibilidad de desarrollar la capacidad de establecer una relación intersubjetiva con el otro, es decir, de relacionarse con la subjetividad del otro, de los otros, desde nuestra propia subjetividad. El bebé tiene que asumir una vez más en este caso, otra curiosa paradoja en el sentido de Winnicott: “Para separarse hay que ser uno, para ser uno hay que separarse”

Creo que ya podemos ir viendo lo que representa esta falta de acompañamiento psicológico y emocional en la perinatalidad, y el riesgo que esta carencia tiene para el adecuado desarrollo de la interacción empática padres-bebé, así como para el sano desarrollo psíquico-cerebral del bebé.

LA ATENCIÓN PERINATAL EN EL CONTEXTO SANITARIO

Si este acompañamiento psico-emocional de los padres y su hijo es en muchos casos necesario para asegurar un adecuado desarrollo de las funciones cuidadoras parentales, funciones de las que depende a su vez el sano desarrollo del hijo, así como el despliegue de sus competencias, y su extraordinario potencial evolutivo, ¿Porqué no suele hacerse?

ALGUNOS OBSTÁCULOS INTERACTIVOS QUE DIFICULTAN EL PROCESO DE COMPRENSIÓN Y AYUDA MUTUA

Como acabamos de ver a través de las experiencias que les he relatado al principio de esta exposición y por el breve comentario introductorio, en la perinatalidad y en

las etapas iniciales de la vida del ser humano, el acompañamiento sanitario (emocional y psicológico) de los padres y su bebé, tanto en su dimensión virtual como real, no está, ni adecuadamente comprendido por los profesionales, ni suficientemente desarrollado en los servicios asistenciales que tenemos. ¿Cómo y porqué esto es así?

Voy a considerar ahora algunas posibles respuestas.

La actitud de no tener suficientemente en cuenta la importancia de la interacción con el medio -que en el caso que nos ocupa sería la interacción del bebé con su entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social)- para el adecuado desarrollo (psíquico y cerebral) del ser humano, parece ignorar, anclándose en una visión reduccionista de tipo biológico-genético, lo que los avances de las ciencias nos están mostrando.

Citaré solamente algunos de estos obstáculos que observo:

Hoy día, sería *la epigenética*, (estudio de la interacción genoma-ambiente) más que la genética, la que nos permitiría avanzar considerablemente en la prevención y posible tratamiento de los trastornos y enfermedades del ser humano cuando tengamos cierta vulnerabilidad genética para padecerlos. Ya en 1956, Waddington empezó a desarrollar esta disciplina científica para encontrar respuestas que la genética, aislada de otras disciplinas, era incapaz de proporcionar.

Lo genético predispone pero no determina el futuro por-venir del sujeto.

Hoy sabemos que lo ambiental puede introducir cambios epigenéticos, en positivo y en negativo, modificando la expresión génica y haciendo que además, estos cambios sean culturalmente heredables.

En muchos sectores de la sanidad observo cómo la visión de la genética ha quedado reducida a los descubrimientos de Méndel y sus guisantes. Esto se manifiesta en la ligereza con la que se califica de genético, un trastorno o enfermedad cuando se observa, mediante la historia clínica, la existencia de antecedentes familiares con el mismo diagnóstico.

Esta actitud que señalamos, parece ignorar también los importantes avances que la neurobiología, la psicología y la psicopatología del desarrollo han puesto de relieve en cuanto a la extraordinaria *plasticidad neuronal*. Es decir, la extraordinaria capacidad de nuestro cerebro para modificarse, funcional y estructuralmente, - gracias a la interacción del sujeto con su entorno- a través de la experiencia y la huella que deja la experiencia vivida, no solamente en el psiquismo anclado en lo corporal del sujeto que la vive, sino también en las redes neuronales.

El proceso de maduración biológico, ya no puede separarse artificialmente del proceso de desarrollo psíquico. El ser humano desarrolla intensivamente las funciones cerebrales durante los tres primeros años de vida desde la fase embrionaria, desarrollo que persiste intensa y significativamente hasta los 6 años, y a un ritmo menor, durante toda la vida, tal como lo evidencia la plasticidad cerebral.

No solamente es modelable el desarrollo cerebral a través de la influencia ambiental sino que además, se ha descubierto que la producción y regeneración de las células del sistema nervioso central (*neurogénesis*) no es patrimonio exclusivo de la infancia y adolescencia como se creía antes; ocurre en el adulto, y puede persistir en la vejez. Lo que se ha visto que ocurre con el cerebro humano es el fenómeno llamado "*poda neuronal*" Es decir, las redes neuronales que no se utilizan durante mucho tiempo pierden su función y mueren.

La desaparición de redes neuronales no utilizadas se hace en beneficio de otras redes neuronales que se desarrollan más al ser más utilizadas. Vemos que la estimulación del entorno, según sea la adecuada o no, puede facilitar o impedir no solamente el desarrollo psíquico de una función determinada en el niño, sino también, el desarrollo de las redes neuronales encargadas de esa función.

Esta estrecha interacción entre los procesos de maduración y de desarrollo en el ser humano, se ve confirmada una vez más por el descubrimiento de las redes neuronales llamadas "*neuronas espejo*" en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de *la empatía*, que sería la capacidad de ponerse en el

lugar del otro en lo emocional y en lo cognitivo (unión con el otro) sin confundirse con él (separación del otro y diferenciación del otro).

A través de un proceso interactivo en espiral, el desarrollo de la capacidad empática facilita el desarrollo de estas redes neuronales. A su vez, el adecuado desarrollo de las redes neuronales en espejo, permite y potencia la comunicación y comprensión empáticas. Ambos sistemas (neurológico y psíquico) son esenciales para el desarrollo de la capacidad de comunicarnos con nosotros mismos y con los demás ya que permiten una adecuada autorregulación y también, la regulación de la interacción con el otro.

¿QUÉ PODEMOS OBSERVAR ACTUALMENTE EN LA INTERACCIÓN CUIDADOR-CUIDADO?

Acercándonos a una visión comprensiva de las vivencias de los padres y su hijo a través de los diferentes periodos de la perinatalidad, así como de los profesionales que les atienden, vemos reflejarse en el sistema de cuidados, un predominio de actitudes defensivas y objetivadoras-cosificadoras del sujeto y su interacción con él, que dificultan la comprensión empática y el desarrollo de una buena alianza terapéutica.

En los pacientes que padecen este tipo de atención, la vivencia frecuente de incompreensión y falta de sensibilidad de los cuidadores profesionales les hace sentirse solos y desamparados, en una situación de gran sensibilidad y vulnerabilidad. Se genera así, una desconfianza y una actitud ambivalente (dependencia temida) ante el sistema terapéutico, que dificulta la creación y desarrollo de una adecuada alianza terapéutica que se sustenta en la comprensión y comunicación empáticas, siendo además la base de un sistema de cuidados adecuado y eficaz, tanto en el sistema terapéutico, como en la relación de ayuda y también, en la crianza y educación de los hijos.

Vemos pues la necesidad de un cambio de modelo de atención y de cuidados en el ámbito sanitario y socio-sanitario que permita la conciliación entre el uso de la

técnica y de la objetividad -que frecuentemente y en aras de la “ciencia”, sacrifica la humanización de los cuidados- y la escucha comprensiva y empática que permite el establecimiento de interacciones intersubjetivas satisfactorias entre quien necesita y pide ayuda, y quien intenta proporcionársela.

Dentro de este contexto asistencial, los cuidados específicos que requiere la perinatalidad, al fallar ese equilibrio necesario entre lo objetivo y lo subjetivo, suelen inclinar excesivamente la balanza del lado de la seguridad del proceso terapéutico, a costa de una insuficiente participación-apropiación (por identificación) en dicho proceso, de los principales protagonistas del mismo, los padres y su bebé.

Si seguimos así, corremos el riesgo de proporcionar unos cuidados no solamente insuficientes e inadecuados, sino también, altamente iatrogénicos para los padres y su hijo. Estaríamos fallando en la prevención primaria y secundaria de desviaciones psicopatológicas del bebé que podrían ser evitadas. Además, estaríamos induciendo, sin saberlo y sin quererlo, patologías reactivas a situaciones traumáticas provocadas y no tratadas en el proceso de la perinatalidad y sobre todo en el parto, de graves consecuencias para los padres, y sobre todo para el hijo.

Veamos ahora el porqué pueden ser ineficaces o poco eficaces algunas de nuestras intervenciones terapéuticas.

CRITERIOS DE EFICACIA TERAPÉUTICA

1- Personalidad del terapeuta.

2- Calidad de la interacción, medida por el grado de alianza terapéutica.

3- Adecuación de la oferta asistencial a la demanda de ayuda.

PERINATALIDAD

Tomando como referencia el parto, se agrupa bajo este concepto el periodo tiempo que lo precede, llamado antenatal, y el que le sigue, llamado post-natal.

PERIODO ANTENATAL

Veamos ahora lo que ocurre con el hijo y sus padres

EL HIJO EN EL DESEO DE LOS PADRES.

El ser humano está inserto en las mallas de la filiación y esto hace que el hijo se inscriba en una cadena de transmisión generacional de deseos, de fantasías conscientes e inconscientes, y de mitos.

Los padres transmiten no solamente un capital genético-constitucional sino también una herencia cultural. La prehistoria de la maternidad y paternidad se inscribe en el curso de los diferentes estadios o fases del desarrollo infantil de la futura madre y del futuro padre. Condiciona en cierta medida el desarrollo del deseo de tener un hijo, de ser padres, y también, el desarrollo del embarazo y del parto, así como de las primeras relaciones padres-hijo.

Ser padres supone asumir la reactivación de una doble identificación (hacer suyos aspectos del otro) presente en el mundo interno de todos los padres. Por un lado, la reactivación de la identificación latente a la imagen interna del niño que hemos sido, del hijo que somos internamente y del que hubiésemos querido ser. Por otro lado, la reactivación de la identificación latente a la imagen interna de nuestros propios padres, los que hemos tenido, los que tenemos internamente y los que nos hubiese gustado tener. La reactivación de las identificaciones parentales se efectúa también con respecto a la imagen de la función parental interiorizada (relación a tres) y a la imagen de la función materna y paterna también interiorizadas (relación a dos).

Ser padres forma parte de la identidad del sujeto y de su personalidad.

Ser padres, es también asumir que el hijo va a desarrollarse como fruto de una serie de proyecciones psíquicas parentales (expectativas, deseos, conflictos, miedos, y fantasías conscientes e inconscientes), que despierta en ellos por su aspecto y las características iniciales propias de la interacción precoz que se establece con él. Proyecciones con las que el bebé se va identificando progresivamente, interiorizándolas, y constituyendo así el núcleo de su identidad primitiva. Proyecciones que nacen de la empatía (capacidad de ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él) de los padres hacia su bebé, que conllevan la anticipación

creadora de los progresos que va realizando el hijo, a la vez que posibilitan el desarrollo sano del bebé. Pero también, proyecciones conflictivas y más o menos patológicas que pueden limitar su potencial de desarrollo.

La constitución de lo parental, de lo materno y de lo paterno, es fruto de las identificaciones conscientes e inconscientes de los hijos hacia sus padres. La forma en que los padres se sienten, se ven y se aprecian a sí mismos como personas, como futuros padres y como pareja, es otro elemento importante a la hora de valorar los factores de riesgo y la capacidad de resiliencia, (resistencia psicológica y buena capacidad de recuperación ante situaciones existenciales adversas) en cuanto a la evolución de la interacción padres-hijo.

El deseo de tener un hijo está ligado al deseo de vida, de inmortalidad, y a la transmisión generacional.

TRANSMISIÓN PSÍQUICA GENERACIONAL

Con respecto a la transmisión psíquica, precisaré que designa tanto los procesos como las vías y los mecanismos mentales capaces de operar transferencias de organizaciones y contenidos psíquicos (conscientes e inconscientes) entre distintos sujetos, y particularmente, de una generación a otra o a través de generaciones, así como los efectos de dichas transferencias.

La transmisión de los contenidos psíquicos inconscientes entre, y a través de las generaciones, se realiza mediante los mecanismos de identificación.

Dichos mecanismos son los que aseguran la transmisión inconsciente de generación en generación, y se apoyan sobre las capacidades de identificación del niño, las cuales no son asimilables a la mera imitación consciente.

PADRES-HIJO DURANTE EL EMBARAZO

La crisis de identidad que vive la madre durante el embarazo desencadena modificaciones de la personalidad y del carácter ya que todo el mundo interno de la mujer embarazada cambia. La madre tiene una sensación de vulnerabilidad

importante ya que deja de tener una idea precisa de los límites de su cuerpo y de su apariencia para los demás, es decir, de su imagen.

El embarazo sería para la madre como una serie de tareas sucesivas de incorporación, diferenciación y separación del feto. Aceptarlo primero en su propio cuerpo, luego darse cuenta de que no forma parte de ella misma, y posteriormente, separarse de él. A este proceso le correspondería la ambivalencia del primer trimestre, la presencia del otro en su cuerpo intensamente vivida en el segundo trimestre, y el duelo y la separación que serían por anticipación las vivencias esenciales del tercer trimestre de la mujer embarazada. Hacia el final del embarazo, aparecen muy frecuentemente miedos a que el hijo no sea normal y a no soportar el dolor del parto.

Tras estos miedos subyacen las dificultades de separación de los dos cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y segura, además de sentirse cuidada por la familia, el marido, y el sistema socio-sanitario. En este sentido, el apoyo y ayuda de las respectivas familias de origen y en el caso de la futura madre de su propia madre, es muy importante. El apoyo y ayuda del marido o pareja, todavía lo es más. Con él se establece más claramente la diferenciación entre las familias de origen y la propia. La implicación del marido proporciona elementos nuevos de cuidados (físicos, emocionales y psíquicos) que eviten o contengan la repetición de conflictos primitivos entre la futura madre y su propia madre.

La preparación al parto podría ser utilizada como un apoyo psicológico y emocional que ayude a los futuros padres en su función de integración de roles y de funciones parentales. La participación activa de los padres en el proceso de preparación al parto que normalmente realizan las comadronas sería un recurso preventivo de primer orden en cuanto a la evitación de interacciones de riesgo si se pudiese trabajar preventivamente en estos grupos de futuros padres con sus deseos, miedos, expectativas y fantasías, tanto conscientes como inconscientes, a través de la

relación psico-emocional virtual que establecen entre ellos, con el grupo de padres, y con su hijo por nacer.

La preparación al parto, incluyendo su dimensión de acompañamiento psicológico y emocional de los padres “embarazados” podría ser enfocada en el plano simbólico, como un ritual actualizado, psicológico y social, de transición hacia la parentalidad. Ritual que sería muy útil a nivel preventivo, sobre todo para los padres que inician con “su” primer embarazo, el proceso de parentalización.

RITUAL Y SÍNDROME DE LA COVADA

En algunas sociedades primitivas, durante la perinatalidad, la inclusión del padre en el proceso de parentalización se realiza mediante rituales de paso de un estado psicosocial a otro. Sirven de ayuda para paliar la exclusión del padre de la maternidad biológica y contener el posible sentimiento de envidia, o para canalizar los celos y rivalidad ante un hijo que acapara la atención de la madre. Mediante el ritual, se le hace partícipe, por identificación con el estado psico-emocional especial que vive la madre durante su embarazo, implicándole por ejemplo en el tabú de la caza, con la prohibición de cazar o de comer carne de caza.

También hay rituales como el de la “Covada” que incluyen al padre en el proceso del nacimiento de su hijo, contribuyendo a restaurar su narcisismo herido por la envidia, al hacerle partícipe de cuidados especiales tales como el permitirle, acostado en la cama durante un tiempo determinado, recibir los parabienes y felicitaciones de familiares y amigos. En Ibiza se practicaba este tipo de ritual. En otros lugares como el norte de África, el ritual consistía en entregarle al padre a su hijo tras el nacimiento, y éste, acogiéndolo en su regazo, le soplabá su aliento sobre los diferentes órganos de los sentidos. Vemos claramente en este ritual el hecho simbólico de participar en el proceso de darle la vida a su hijo.

Sin estos apoyos psicosociales ritualizados, el padre puede sentirse excluido y muy solo en el proceso de parentalización, con la emergencia, como ocurre de forma más visible en el caso de la madre, de ansiedades y conflictos primitivos inconscientes,

asociados a su propia infancia como bebé, y al maternaje recibido, que habían permanecido latentes hasta entonces.

Debido a esta falta de apoyo, no es infrecuente el desencadenamiento de patología y psicopatología en el padre. Trastornos como el de una obesidad importante localizada en el abdomen, hinchazón abdominal provocada por acumulación de gases intestinales, expulsión de cálculos renales, así como la aparición de otros trastornos de carácter más psicopatológico tales como los adictivos, depresivos y ansiosos, formarían parte de lo que llamamos “Síndrome de la Cuvada”.

Este conocimiento de lo que significa y representa el ritual de la a Covada, (del francés “couver”, que significa, “incubar”) puede dotar de nuevo significado la preparación al parto actual, facilitando la incorporación e implicación del padre en el proceso de la perinatalidad, sirviendo de apoyo:

- Al niño, porque significa que el padre se hace presente desde el comienzo de su vida y lo incorpora a sus primeras sensaciones y vivencias. Permite que se establezcan los primeros lazos afectivos, que son los fundacionales, con sus dos progenitores y no sólo con la madre.

- Al padre, porque le permite la elaboración interna que requiere su transformación en “padre”. Le evita además, la aparición de patología y psicopatología asociada a su dificultad de asumir en soledad, su función parental, “Síndrome de la Covada”.

- A la madre, porque la presencia cercana del padre significa un insustituible apoyo, contención y garantía de futuro, facilitándole una relación más equilibrada con su maternidad.

DESARROLLO PRENATAL DEL BEBÉ: VIDA INTRAUTERINA

Estudios recientes efectuados mediante la ecografía han hecho posible la observación del feto en su ambiente uterino sin ser molestado. Han permitido realizar una investigación longitudinal de la evolución intrauterina y postnatal de un número determinado de niños. La información recogida basada en las experiencias sensoriales y motrices del feto y su comprensión desde una perspectiva interactiva

permiten pensar que es posible la existencia en el feto de una rudimentaria vida mental antes de su nacimiento y desde el primer trimestre de vida intrauterina. Parece entonces posible que ciertas formaciones patológicas y defensas puedan comenzar a desarrollarse en el feto.

Diversas investigaciones en este campo han demostrado que todos los sentidos humanos (salvo el de la visión) comienzan a ser operativos durante el segundo trimestre del embarazo y que el feto va respondiendo a los estímulos auditivos, táctiles, de presión, térmicos, vestibulares, gustativos y dolorosos.

Estos estudios sobre la conducta del feto sugieren además cierta continuidad entre aspectos de la vida prenatal y postnatal en la evolución del desarrollo del niño. Todo ello nos hace pensar que la interacción entre “herencia” y “ambiente” comienza mucho antes de lo que pensábamos, y que ciertas experiencias prenatales pueden ejercer un efecto emocional profundo en el niño, especialmente si estos acontecimientos prenatales se ven reforzados por experiencias postnatales. Esto no significa que todo comportamiento extrauterino de los niños objeto de observación intrauterina ha de atribuirse a experiencias prenatales; la interacción postnatal con los progenitores juega también un importante papel.

Dentro de los factores que pueden afectar la atmósfera intrauterina están las emociones de la madre, pudiendo afectar al feto las que son de gran intensidad y de larga duración que conllevan una situación de estrés crónico para la madre con sobre-estimulación de sus glándulas suprarrenales y liberación de cortisol que le llega al feto atravesando la barrera placentaria. De ahí la necesidad de que la madre durante la gestación esté bien cuidada y que ella se sienta bien cuidada por su entorno más próximo. El embarazo en sí mismo no es una enfermedad pero si un estado “especial” de la madre que requiere de “cuidados especiales” por parte de su entorno, familiar, profesional, institucional, y social.

Las investigaciones neurobiológicas y neurofisiológicas que se están desarrollando en la última década muestran la influencia e importancia del estado emocional de la

madre durante el embarazo y su repercusión sobre el desarrollo de su bebé, incluso intra-útero. Los estados de ansiedad y estrés crónicos, es decir, duraderos, y el trastorno por estrés post-traumático perinatal vividos por la madre sin la ayuda adecuada, no solamente les afectan a ella y a su bebé psíquicamente, sino también físicamente. Los altos niveles de cortisol (llamada la hormona del estrés) que superan el filtro placentario y le llegan al feto, lo colocan en una situación de riesgo para su adecuada evolución, tanto en el plano de la maduración orgánica como de su desarrollo psíquico.

El efecto que tiene la respuesta al estrés en el organismo ante los elementos estresantes es profundo: Se produce un predominio del funcionamiento del sistema nervioso simpático, (activador) a costa del sistema nervioso parasimpático, (frenador) con reacciones como vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, etc. con liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales como la adrenalina y noradrenalina, el cortisol, y también, aumento en sangre de la glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos, preparando así nuestro organismo para el ataque o para la huida.

En el primer trimestre, la estructuración y desarrollo cerebral del embrión puede verse afectada ya que es en este periodo del embarazo que se produce el desarrollo y diferenciación de las células madre cerebrales, así como su migración y ubicación definitiva. También se ha podido establecer una relación entre las dificultades de regulación de la ansiedad, las dificultades de aprendizaje y los trastornos conductuales presentes en el niño, con los altos niveles de colesterol presentes en el feto durante las últimas semanas de vida intra-uterina.

No olvidemos que lo que hoy día llamamos trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, TDAH o TDA, tiene que ver con un problema de autorregulación y de regulación del nivel de ansiedad en el niño, en su entorno y en la interacción entre ambos.

PREVENCIÓN ANTENATAL

Me parece fundamental señalar la importancia de los cuidados del sistema terapéutico dirigidos a los padres, y en especial a la persona que ejerce la función materna, para lograr una adecuada prevención primaria y secundaria, detectando y modificando precozmente situaciones de riesgo interactivo de carácter repetitivo y acumulativo que pueden evolucionar hacia desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para nuestros niños, su futuro y el de sus familias, así como para la salud pública.

Esto implica en el sistema sanitario, la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional entre ginecólogos-obstetras, comadronas, pediatras, psiquiatras y psicólogos infante-juveniles, para evitar que fallen los cimientos de los padres del mañana.

En este sentido, los programas de prevención materno-infantil, desarrollados desde hace más de 20 años por los Centros Municipales de Salud en la Comunidad Autónoma de Madrid, me parecen un ejemplo a seguir, (Ver artículos de Fernando Cabaleiro).

Respecto a la prevención antenatal, me parece importante poner de relieve el importante e interesante trabajo teórico-clínico, de investigación y de prevención primaria que está desarrollando Silvain Missonnier, profesional pionero -en este ámbito de la *Consulta Terapéutica Antenatal*- del trabajo psicoanalítico con los grupos de futuros padres y madres, así como de la utilización terapéutica de ese momento privilegiado -para que afloren las fantasías conscientes y sobre todo inconscientes-, que es la realización y visionado compartido de las imágenes ecográficas del feto en el grupo compuesto por él, sus padres, el ecografista y el psicoanalista.

A Silvain le debemos el desarrollo y aplicación clínica del concepto de “*relación de objeto virtual prenatal*”, ROV, refiriéndose al esbozo de relación que establecen los padres con su hijo durante el embarazo.

Las Consultas Terapéuticas Antenatales (CTAs) pueden responder:

- A una demanda espontánea de los usuarios o a una indicación de profesionales privados y/o de una institución.
- A un motivo explícito somático, psíquico o "psicosomático".
- A una situación concerniente a la madre y/o al feto y/o a la pareja y/o a la familia.

Entre estas demandas, espontáneas o no, es posible hacer una clasificación de las CTAs según su naturaleza psíquica o somática:

- Un proceso de parentalidad psico(pato)lógico en ausencia de embarazo somáticamente patológico.
- Un proceso de parentalidad psico(pato)lógico simultáneo a un embarazo somáticamente patológico.
- Un acontecimiento objetivo somático, (anomalía fetal, patología somática materna...) que afecta a una futura madre (padre) psicológicamente "normal".

Hay un método de observación e investigación, llamado L.T.P, "Lausanne Trilogue Play" o "Juego triádico", que puede ser utilizado como una excelente herramienta de prevención en el periodo antenatal. Una de sus creadoras, Elisabeth Fivaz, lo describe así:

"Para estudiar la comunicación ínter-subjetiva pedimos a las familias que jueguen juntos, es decir, les pedimos que compartan un momento de placer a tres, o a varios, como ocurre en su familia. Esto ocurre en una situación de observación llamada, "le jeu du trilogue de Lausanne" (abreviado LTP para Lausanne Trilogue Play en inglés).

Para ver a todos los componentes de la familia de frente, filmamos con dos cámaras de vídeo, la una centrada sobre los padres, y la otra centrada sobre el niño. La imagen del niño es incluida en espejo dentro de la de los padres. Hay cuatro contextos en los cuales un trío puede interactuar a tres. Por ello, el LTP se desarrolla en cuatro partes:

1. Uno de los padres, en este caso la madre, juega con el niño mientras que el otro, el padre, queda en la posición de tercero observador, sin intervenir.

2. Los padres cambian de posición, de rol.

3. Los dos padres juegan con el niño.

4. Los dos padres hablan juntos y es el turno del niño de ocupar el lugar del tercero.

Con niños de 3-4 años, utilizamos el LTP narrativo. En esta situación, pedimos a los padres que ayuden a su hijo a contar una historia con la ayuda de pequeños muñecos. Por ejemplo: los padres se van solos de fin de semana y el hijo es cuidado por otras personas. A esta edad, la comunicación de la experiencia vivida puede en parte, expresarse con palabras”

Los resultados de sus estudios muestran que más la comunicación entre los padres con respecto al bebé es coordinada y cálida, mejor se desarrollan las capacidades de triangulación del niño.

Se ha visto también, que esta comunicación entre los padres se prepara activamente durante el embarazo. Se ha observado esto mediante una versión modificada del LTP en la que los padres juegan mediante la ayuda de un muñeco, su primer encuentro con su hijo recién nacido. Esta situación pone en juego la capacidad de los padres de imaginar y plasmar en actos, su relación triangular con el bebé que está por nacer, al mismo tiempo que muestra su comunicación íter-subjetiva, naciente con él.

Los resultados muestran que ya durante el embarazo, las madres y los padres activan de forma intuitiva las conductas parentales que posteriormente efectuarán con su hijo real. La calidad de su cooperación para realizar este juego de roles, la expresión de afecto mutuo y hacia el hijo imaginado, están muy relacionados con la riqueza y el tono afectivo de las interacciones triangulares del bebé con ellos después del nacimiento.

Conviene pues remontar al menos hasta el embarazo, para comprender el desarrollo de la comunicación íter-subjetiva en el triángulo primario de la familia.

NACIMIENTO Y PARTO

Aunque la perinatalidad, incluida en el contexto asistencial global tanto sanitario como socio-sanitario, formaría parte de un proceso evolutivo, comprendido y atendido desde una continuidad asistencial, (cosa que lamentablemente no ocurre en la actualidad) creo que se podría decir que el momento del parto y del nacimiento son momentos estresantes, críticos y cruciales tanto para quien presta ayuda como para quien la recibe.

Pienso que es posible y beneficioso para la dinámica del parto y sus resultados, tanto obstétricos como psicológicos, el adecuado acompañamiento emocional de los padres y su hijo, contribuyendo también en el incremento de la calidad de las primeras interacciones padres-hijo, con el consiguiente valor preventivo y potenciador de su salud.

Me parece importante señalar que desde el punto de vista psicológico, emocional y psicopatológico, aún cuando desde una perspectiva sanitaria, el parto es considerado normal y satisfactorio, el resultado del mismo para algunas madres, no lo es.

Suelen ser madres que como en el caso del testimonio de Daniela, han sido sometidas a unas vivencias que para ellas han sido emocionalmente traumáticas y lo que es peor, no han podido hablar de ello con el personal sanitario. El desamparo que genera en ellas esta situación de soledad relacional tiene muchas veces un efecto traumático mayor que el trauma psíquico que las genera. Vemos también en el caso de Daniela, el efecto perturbador que tiene esta situación sobre la interacción madre-hijo recién nacido y las consecuencias devastadoras para el psiquismo de este último.

Las madres traumatizadas y con poca capacidad de resiliencia en ese momento, -resistencia en castellano- (*capacidad de resistencia que tiene un individuo ante la adversidad, así como de resurgir de momentos de desgracia, adaptándose, resolviendo los problemas, y pudiendo volver a darle sentido a su vida, siendo esta*

más positiva y productiva) en este momento especialmente importante y sensible para la creación de las primeras interacciones sanas y satisfactorias con su bebé, fundamentales para su adecuado desarrollo, corren el riesgo de no poder hacerlo, con el consiguiente riesgo que ello supone para la salud y la evolución de su hijo.

El bebé es un ser muy receptivo y sensible en lo que concierne a los estados emocionales de su madre. Ésta, de forma inconsciente y no intencional, puede, incluso cuando lo intenta evitar o cree que lo evita, hacer partícipe a su hijo de su sufrimiento y profundo malestar. Éste, para protegerse, puede poner en marcha mecanismos de defensa primitivos tales como la desconexión emocional, la evitación y rechazo de la interacción, que si bien lo protegen momentáneamente, también lo aíslan y excluyen de lo que más necesita para desarrollarse como sujeto, la relación con su cuidador. Trastornos psíquicos, psicossomáticos, y del desarrollo, serían las consecuencias de estas graves y duraderas disfunciones interactivas padres-bebé, que de persistir, pueden generar además, déficits cognitivos, emocionales y relacionales de difícil y costoso tratamiento y con peores resultados a medida que el trastorno se instala en el psiquismo temprano del niño.

LA RESPONSABILIDAD ÉTICA INHERENTE AL ACTO DE CUIDAR

Cuando nos cuidamos profesionalmente del otro, nuestra responsabilidad va más allá de lo estrictamente profesional. Incluye la ética profesional pero también la personal. Se trata en este caso de la responsabilidad ética inherente a la relación-comunicación con uno mismo y con el otro.

En el seno de la –si posible– necesaria colaboración y coparticipación en la relación de cuidados del cuidador con la persona cuidada, la responsabilidad ética sería la capacidad del cuidador de sentirse en cierta medida responsable, –en la relación y comunicación con el otro – de lo que omite, de lo que dice y de lo que hace, así como del efecto que lo que omite, dice y hace tiene sobre el otro. La responsabilidad parcial que asumiría el cuidador y más aún el cuidador profesional sería asimétrica,

pesando más en la balanza interactiva su parte de responsabilidad que la de la persona cuidada.

Esta actitud ética del cuidador en la relación de cuidados con el otro implica no solamente sentido de la responsabilidad en la interacción con la persona objeto de cuidados sino también una necesidad de coherencia, congruencia o autenticidad que está en la base de la confianza mutua.

Esta preocupación profesional y ética por el otro –junto con la empatía – tiene, entre otras cualidades, el efecto de aumentar y mejorar la alianza terapéutica o profesional con el sujeto-objeto de cuidados.

No se trata de culpabilidad en este caso que describimos, se trata de asumir su responsabilidad. La culpabilidad lleva a la búsqueda del castigo o auto-castigo para expiar la culpa. La responsabilidad o mejor dicho, el sentimiento de responsabilidad, por el contrario, lleva a la reparación del daño, a la corrección del error cometido.

TRASTORNO POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

La madre que padece un cuadro clínico de Trastorno por Estrés Post Traumático estaría dentro de estas situaciones de riesgo que comentamos.

El Trastorno por Estrés Post Traumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico-psíquico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico-psíquico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse debido a un profundo trauma psicológico o emocional (incluido el “*a posteriori*” traumático) y no necesariamente a algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados.

Hay síntomas, que presentes en la madre que sufre este tipo de trastorno pueden tener un efecto de refuerzo de los mecanismos de defensa que el bebé utiliza para evitar que le afecte el sufrimiento vivido en la interacción con la madre. Los síntomas presentes en la madre que me parece pueden potenciar las defensas de evitación de la interacción madre-bebé por parte de este último serían:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva.
7. Sensación de un futuro desolador, pesimismo.

Frecuentemente estos síntomas, que entre otros, se presentan como consecuencia de un TEPT, se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos y obsesivos.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado que en este caso sería proporcionar la ayuda y el apoyo emocional y psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos durables entre la madre y su bebé. Se va generando progresivamente un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo y éste

absorberlo, “*mamarlo*”, con el consiguiente efecto traumatógeno que esto tiene para él.

El bebé, hipersensible, se ve así abocado, “*obligado*” a protegerse y defenderse del efecto desorganizador, del intenso malestar y sufrimiento psíquico que la situación interactiva de sufrimiento compartido con la madre genera en él. Los mecanismos de defensa que el bebé puede poner en marcha en tal situación son muy limitados y primitivos dada su situación de inmadurez neurobiológica al nacimiento (neotenia) y su completa dependencia del entorno, siendo sobre todo los mecanismos de evitación del sufrimiento o dolor emocional que la situación interactiva con el entorno le genera, los que más fácilmente puede utilizar.

TRAUMAS PSÍQUICOS PERINATALES

Conviene diferenciar el trauma del traumatismo, reservando el primero para los traumas psíquicos, y el segundo término, para los traumatismos físicos.

El bebé humano es un ser social, muy sensible a las violaciones de sus expectativas en materia de interacción con su entorno cuidador. A su vez la madre, en este periodo de su maternidad, se suele hallar en una situación de gran sensibilidad y con una necesidad regresiva importante de dependencia y cuidados del entorno. Hay situaciones que pueden ser vividas por la madre como traumáticas con su correspondiente efecto traumatógeno para ella y su bebé. Estas vivencias traumáticas en muchos casos no pueden ser elaboradas, asimiladas, contenidas ni integradas por la madre-padres. De forma inconsciente y no intencional, pueden ser transmitidas a su bebé a través de la interacción con él, teniendo como consecuencia un efecto traumatógeno para su hijo.

La detección perinatal de los factores de riesgo de origen traumático en la interacción madre-padres-bebé, así como las posibles tempranas desviaciones del desarrollo del bebé hacia la psicopatología permiten, con un diagnóstico y tratamiento adecuados hacer una labor de prevención primaria y secundaria con la

consiguiente evitación de la aparición del trastorno y de su instalación en el psiquismo temprano del bebé, tanto si el trastorno es de tipo psicossomático como autístico.

El poder hacer un trabajo psicoterapéutico basado en la interacción padres-bebé, y en especial, madre-bebé, en un momento en que las defensas de la madre erigidas frente al sufrimiento ocasionado por la experiencia traumática vivida son todavía susceptibles de movilización y su motivación para pedir y recibir ayuda es máxima, la creación de una alianza terapéutica basada en la identificación empática parcial, transitoria, y recíproca, suele conseguirse con relativa facilidad.

En este caso, el desarrollo de la alianza terapéutica adquiere las características de solidez y estabilidad que otras situaciones menos críticas que esta no permiten debido al estado de ambivalencia afectiva que vive quien pide ayuda. Por otra parte, los recuerdos están vivos en la persona de la madre, la reactivación de su sufrimiento y el reconocimiento del posible sufrimiento de su bebé, están a flor de piel. La posibilidad de cambiar el estilo interactivo entre la madre, los padres y su bebé, deteniendo y modificando la situación de sufrimiento de la madre, de los padres y su hijo, así como el curso evolutivo patógeno en el que estaban inmersos es muy grande en un contexto como el que describimos.

El esfuerzo terapéutico es mínimo, su eficacia y rendimiento máximos. Su coste a todos los niveles, es también mínimo. ¿A qué esperamos para implantar y desarrollar estos métodos de intervención precoz, de tanto éxito terapéutico y de tan bajo coste?

Veamos ahora el testimonio de una madre politraumatizada psicológicamente y emocionalmente durante el proceso del parto y lactancia, con nefastas consecuencias para la interacción con su hijo y la salud mental de este último. Fue atendida con resultados muy satisfactorios por Pascual Palau y por mí, cuando su bebé tenía 2 meses y medio.

TESTIMONIO DE LA MADRE DE UN BEBÉ DE DOS MESES Y MEDIO CON INICIO DE FUNCIONAMIENTO AUTISTA

“Tengo un bebé que actualmente tiene 4 meses y 10 días. Mi hijo nació de un embarazo que se desarrolló con normalidad hasta último momento, pero en una ecografía de control que me realizaron a las 37 semanas de gestación se me informó que el bebé era demasiado pequeño para la edad gestacional, debido a un deficiente pasaje de sangre a través del cordón umbilical. Por ese motivo quedé internada y se me realizó, *sin preparación alguna*, una cesárea de urgencia.

El bebé nació con un peso de 2 kilos 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios dado que estaba con hipoglucemia y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Allí estaba mi bebé en una cuna, conectado a un suero y a un monitor y *no había nadie que me explicara lo que le pasaba a mi hijo*. Al otro día volví a ir y esta vez me explicaron que el bebé no se alimentaba correctamente. Por este motivo comenzaron a alimentarlo por sonda.

A los cinco días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación y cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien.

Toda esta situación generó tanto en mi esposo como en mi mucha tensión y frustración. Estando ya en casa empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mi, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre alterado y nervioso. Al observar estos comportamientos intenté obtener información de qué podía estar pasándole.

Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces que busqué en Internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas, y

encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infante-juvenil donde explicaba que esos podían ser síntomas tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara con mi bebé, ya que en ese artículo él explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.

Así fue como a través del profesional anteriormente mencionado me pude poner en contacto con un colega suyo, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo infantil que me explicó que el comportamiento de mi hijo se debía a que había estado absorbiendo todo el dolor emocional que yo le transmitía, debido al mal manejo de la situación que sufrimos en el centro de salud donde nació el bebé. Fue entonces que me pude enterar que el problema para alimentarse que tenía el niño al nacer era completamente normal en bebés que nacen con poco peso y que al cabo de unos días cedía, cosa que nadie nos explicó en el dicho centro, sino por el contrario, se nos insistía con que era anormal que no lo hiciera.

El haberlo forzado a alimentarse fue otro error que contribuyó a que el bebé se encerrara evitando establecer lazos y se expresara con llanto y nerviosismo. A través de las distintas instancias en que estos dos profesionales me fueron guiando, yo pude comprender que mi ansiedad había afectado al bebé y con su ayuda pude ir cambiando mi comportamiento de manera que pude estar más tranquila. Entonces, la conducta del niño fue gradualmente cambiando.

Comenzó a mirarnos a los ojos al papá y a mí, comenzó a sonreír cada vez más frecuentemente y a estar más tranquilo y dormir mejor. Gracias a esta intervención temprana, el niño fue abandonando los mecanismos de defensa que había instalado para protegerse de la tensión que se le transmitía, y poco a poco fue adoptando los comportamientos típicos de un bebé normal.

Hoy por hoy mi bebé es un niño alegre, y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la

situación en que estaba inmerso, y que pueda crecer y desarrollarse como un niño normal. Antes de pasar por esta experiencia no tenía idea de lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo importante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado”. DANIELA.

Comentario: En este relato que es su testimonio, Daniela nos muestra la importancia de los acontecimientos traumáticos perinatales, que vividos en situación de desamparo y no pudiendo ser elaborados ni asimilados por la madre, representan una situación de riesgo para el desarrollo de una interacción patógena, en este caso de tipo defensivo-autístico, entre una madre y su bebé. *En el caso de Daniela y su hijo, han jugado un importante papel traumático para la madre y traumatógeno para su bebé, la cesárea de urgencia sin preparación alguna, la estancia de su hijo en cuidados intermedios, y sobre todo la forma en que se produce el primer encuentro con su hijo, así como los consejos erróneos dados por el personal sanitario a la madre en cuanto a las condiciones de amamantamiento de su bebé.*

Hay que señalar un dato significativo que Daniela no comenta en su testimonio y que tiene un efecto traumático para ella así como traumatógeno para su hijo, contribuyendo además a aumentar y agravar el sufrimiento de ambos así como el desarrollo patológico de la interacción madre-bebé. Se trata del hecho de que la madre, tras su estancia en la clínica maternal y al regresar a su casa, decide no salir de casa, es decir, encerrarse en ella, -como si de una condena se tratase-, para así, *“cuidarse mejor de su hijo”*, permaneciendo durante 20 días en esta situación de aislamiento que abandona al constatar el empeoramiento tanto de la relación con su hijo como de sus síntomas de inicio de funcionamiento defensivo-autístico.

Podemos imaginar sin mucha dificultad, gracias al testimonio contenido de esta madre, cómo este encadenamiento de situaciones traumáticas, (en el sentido del micro-traumatismo acumulativo y repetitivo de Masud Khan) ha llevado a Daniela a

compartir sin saberlo y sin quererlo, un sufrimiento psíquico intolerable con su hijo. Podemos ver, a través de lo que nos cuenta, cómo la situación interactiva con su hijo se hace más difícil y frustrante cada día. Podemos sentir su vivencia de desamparo ante las situaciones vividas en la maternidad y la respuesta de los pediatras a los que pide ayuda. Podemos comprender la evitación y rechazo interactivo hacia la madre que se ve forzado a desarrollar su hijo, para evitar ese sufrimiento compartido que él tampoco puede soportar. Podemos seguir, paso a paso, la evolución y el cambio que se produce en el bebé al cambiar la actitud de su madre en la interacción con él.

Podemos intuir lo importante que fue el apoyo, la comprensión e identificación empática de los profesionales que la ayudaron para que Daniela a su vez, pudiese comprender empáticamente a su bebé, apoyándolo emocionalmente sin sentirse rechazada por él, así como para la incorporación progresiva del padre en la interacción con su hijo.

Vemos de forma sorprendente cómo un bebé de tan corta edad, (dos meses al inicio de la intervención psicoterapéutica), puede, al ser ayudado adecuadamente, cambiar su posible destino patológico e incluirse, a través de un desarrollo sano y normalizado, en un futuro “por-venir” mucho mejor.

RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL DE LOS PADRES Y EL HIJO EN EL PERIODO POST-NATAL

Tanto en el padre como en la madre, el riesgo de enfermar o descompensarse psíquicamente es mayor tras el parto y en los primeros meses de interacción padres-hijos, que durante el embarazo.

La madre puede también presentar trastornos psico-afectivos que van desde el duelo post-parto, también llamado “blues” o depresión normal, que sigue al alumbramiento, hasta una depresión psicótica, con síntomas confusionales, alucinaciones corporales y exaltación defensiva y maníaca de su estado de ánimo, pasando por la depresión post-parto de la que vamos a hablar más en detalle ahora.

Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión post-parto es muy frecuente, ya que abarca desde un 10% a un 15% del conjunto de madres.

La sintomatología es la de una depresión típica. Tristeza, apatía, desinterés, auto-reproches, auto-desvalorización, etc. Aparece frecuentemente alrededor del tercer mes después del nacimiento y puede durar hasta un año e incluso más. Frecuentemente se trata de una depresión enmascarada por sintomatología fóbica (miedos) o desconexión emocional como mecanismo de defensa frente a un sentimiento intenso y con repercusiones sobre su entorno, es decir, sobre la relación madre-hijo.

Como vemos, es un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por sus efectos sobre el desarrollo de los niños. Una buena parte de esos efectos se atenúa considerablemente si el padre no deprimido juega un papel activo de apoyo a la madre y ejerciendo la función materna sustitutiva.

Otras veces, la depresión aparece encubierta bajo la forma de un juicio moral que se hacen las propias madres, considerándose “malas madres”. En estos casos es frecuente que no pidan ayuda, que más bien se escondan y oculten su sufrimiento. La depresión de estas madres no suele ser tratada y cuando se detecta su problema, suelen ser poco colaboradoras con el terapeuta.

Para ver si estas depresiones post-parto podían ser detectadas y tratadas preventivamente antes, se ha realizado una investigación llevada a cabo por el Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra, en Suiza.

Sus resultados han sido publicados en un libro titulado “Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos” (2002). La investigación, -de gran importancia para la clínica de la perinatalidad- así como la autoría del libro se deben a Juan Manzano, catedrático de psiquiatría de niños y adolescentes de la Facultad de Medicina de Ginebra, y los miembros de su equipo.

La investigación, realizada sobre un grupo de 570 mujeres elegidas al azar, se efectúa en tres momentos evolutivos:

En el último trimestre del embarazo.

Tres meses después del nacimiento, en la casa, (con observación de la relación madre-hijo).

A los 18 meses después del nacimiento, también en la casa (madres deprimidas y grupo control) con observación de la relación madre-hijo y del estado de desarrollo del niño.

De estas 570 mujeres objeto de la investigación, un 10,2 % presentan depresión post-parto al tercer mes del alumbramiento.

De estas mujeres deprimidas, las 2/3 partes, es decir el 65,5 % de ellas, presentaban una depresión pre-parto que podría ser tratada con psicoterapia breve y buenos resultados.

La tercera parte (un 34,5 %) no presentaban depresión pre-parto. Estas mujeres con embarazo normal y depresión post-parto han vivido mal el parto, han sufrido problemas con el niño después del nacimiento y han sufrido también la separación madre-bebé. Estas tres variables nos permiten detectar a las madres que no están deprimidas antes, pero lo estarán después del parto.

Por otro lado, un 20 % de madres que presentan depresión pre-parto, es decir durante el embarazo, no la tienen más después del parto.

Podemos deducir que el parto y el nacimiento tienen significaciones psicológicamente diferentes para una y otras, en unos casos curándolas y en otros agravándolas en su estado psíquico.

En cuanto a los trastornos precoces de la relación madre-hijo y del desarrollo del niño, la investigación pone de relieve:

Alteraciones precoces y durables en la afectividad y estado de ánimo depresivo del niño.

Trastornos de ansiedad y miedos ligados a la separación madre-hijo, así como posterior problemática de desapego (actitud defensiva) del hijo hacia su madre.

También aparece retraso en la adquisición del concepto de permanencia del objeto, es decir, conseguir desarrollar la representación interna del objeto (objetos, madre u otros) en ausencia de éste. Esto supone un aumento de probabilidades de que el niño presente dificultades en la adquisición y desarrollo del lenguaje así como de su aprendizaje en lo que dicho aprendizaje tiene de simbólico.

Por mi parte, he observado en estos casos un incremento del riesgo de desarrollar relaciones dependientes y adictivas, y en los casos en que el mecanismo de defensa frente al sufrimiento depresivo es la desconexión emocional duradera, un aumento importante del riesgo de desarrollo de defensas autistas en el niño-a, con actitudes de repliegue sobre si mismo y conductas de evitación de la interacción.

DESARROLLO POSTNATAL DEL BEBÉ.

El proceso evolutivo del ser humano consistiría en pasar de la dependencia adictiva a una separación y diferenciación cada vez mayor de las personas que lo cuidan para lograr progresivamente un mayor grado de individuación y autonomía. Para lograr con éxito este objetivo, es necesario desarrollar la capacidad creativa de estar a solas consigo mismo.

El niño que puede interiorizar los cuidados que ha recibido en ausencia de quien le cuida, que puede recordar y recrear esa experiencia, aprender de otras similares y desplazar lo vivido a otras situaciones simbólicamente equivalentes, podrá más tarde, como adulto, encontrarse creativamente consigo mismo cuando está sólo sin sentirse desamparado.

Esta evolución permite que sea mucho más fácil el proceso de separación-diferenciación-individuación gracias a una separación progresiva, a una diferenciación del otro hasta llegar a una autonomía relativa.

Si este proceso que describimos se bloquea o es bloqueado de forma duradera, el niño dependerá del cuerpo físico y de la presencia real de la madre, o de objetos que son meros sustitutos de su presencia real y de los cuales no se puede separar.

En estos casos, el niño no puede desplazar las cualidades que le dan seguridad a otros objetos porque ese objeto, como la madre, es el que tiene las cualidades y no él, no pudiendo desarrollar su potencial creativo subjetivo a la vez que queda expuesto al desarrollo progresivo de una tendencia a establecer relaciones adictivas con objetos y personas.

Para que el desarrollo sano del bebé se produzca, es necesario que el ejercicio adecuado de las funciones parentales le permita al niño desarrollar el potencial de competencias con que viene equipado desde el nacimiento.

COMPETENCIAS PRECOCES DEL BEBÉ

Estas tres últimas décadas han supuesto un cambio importante en la forma de ver y observar al bebé en la interacción con su entorno. La visión que se tenía hasta entonces del bebé como un ser desamparado, poco competente e incapaz para desenvolverse en la vida, cambió al observarlo desde la óptica de su extraordinaria potencialidad hecha realidad a través de su interacción con el entorno cuidador y gracias al adecuado ejercicio de las funciones parentales.

Largo tiempo considerado como un ser pasivo, el lactante aparece, al contrario, dotado de pronto de competencias precoces notablemente interactivas, haciendo de él un ser de orientación social inmediata.

Las competencias del bebé y las del adulto armonizan de manera estrecha a fin de permitir y organizar los diferentes niveles de interacción. Es importante, subrayar que el conjunto de competencias que tiene el bebé no aparece espontáneamente en el seno de su sistema interactivo.

En efecto, el término mismo de “competencia” incluye la noción de virtualidad, de potencialidad, y su actualización, constituye su expresión. De este modo, la expresión de estas competencias no es automática y depende de numerosas variables tales como las condiciones de presentación del estímulo y el estado de vigilancia del bebé. La capacidad de atención del bebé es esencial para el desarrollo del conjunto de sus competencias interactivas.

En el campo de las competencias precoces del bebé, Stern nos muestra que el bebé funciona como un organismo individualizado desde el nacimiento y disponiendo de tres sistemas inmediatamente operacionales, a saber, la percepción, la memoria y la actividad de representación.

El bebé, muy tempranamente, -si todo va bien en su desarrollo- es capaz de captar el estilo interactivo de su cuidador de referencia –diferenciándolo del de otras personas de su entorno- y ajustarse a ese estilo interactivo.

No olvidemos que para comprender el nacimiento y desarrollo psíquico precoz del ser humano así como sus tempranas desviaciones hacia la psicopatología, no tenemos que perder de vista que el psiquismo temprano del bebé tiene sus raíces en su cuerpo y en la interacción con su entorno cuidador, justo ahí donde se entrecruzan estos dos aspectos tan importantes para él y para su desarrollo como sujeto.

Cada vez son más numerosos los estudios e investigaciones que muestran el extraordinario potencial evolutivo que tiene el ser humano para desarrollarse progresivamente como sujeto en su interacción con el entorno.

FUNCIONES PARENTALES Y DESARROLLO DEL HIJO

El potencial evolutivo del bebé así como el desarrollo de su potencial genético-biológico-psico-social, (lo constitucional del ser humano al nacer) y el desarrollo de sus competencias desde su vida intrauterina y su nacimiento, dependen de la interacción con su entorno.

Partimos de la premisa de que el afecto es el principal organizador de la vida relacional y de que el niño va integrándose afectivamente en la interacción con el otro a partir de que sus adultos significativos reconozcan y “lean” sus sentimientos y estados internos.

Se trata en este caso de la comunicación e interacción empática (identificación parcial y transitoria con el otro) del cuidador en su relación con el niño.

Gracias a este proceso, el niño logrará establecer las raíces ínter-subjetivas de la comunicación humana. Por eso a la hora de evaluar los factores de riesgo interactivo en lo que concierne al entorno cuidador familiar-bebé y en especial a las personas que desarrollan la función parental, es importante considerar aquellas dificultades de comunicación emocional, cognitiva e intencional que en la interacción con el bebé, pueden dificultar la comunicación ínter-subjetiva y obstaculizar el acceso a la ínter-subjetividad (capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida con el otro) del bebé.

Tengamos en cuenta que en el primer año de vida se constituyen y desarrollan los cimientos, los fundamentos del ser y del sí mismo en interacción con el otro, con su entorno cuidador que lo “alimenta”. Sería éste el paso previo a la constitución posterior del yo, de la identidad y de la personalidad del sujeto.

Por eso en esta temprana etapa evolutiva se pueden generar vulnerabilidades que pueden dar lugar -a corto o largo plazo- a graves trastornos psicósomáticos, psíquicos, y del desarrollo.

LAS FUNCIONES PARENTALES

Las personas que ejercen la función parental y dentro de ella, la función materna y paterna, son esenciales para conseguir que el bebé sobreviva, madure biológicamente, y se desarrolle como persona. Cuando digo padres, madre y padre en este texto, me refiero a las funciones más que a las personas. De la misma forma, cuando digo niño, me refiero al genérico “niño”, que engloba también a la niña. Madre y padre son funciones más allá de los seres humanos que las encarnen.

La función es un concepto matemático, que implica un lugar vacío. Cualquiera puede ocupar este lugar si es capaz de desarrollar aquello que caracteriza la función. Se trata en este caso de las funciones básicas y necesarias para la supervivencia y desarrollo del niño pequeño, cosa que sin ellas sería imposible para él.

Desde esta perspectiva pueden desarrollar la función parental o la materna y paterna, personas y profesionales, -también instituciones- que no sean los padres y las madres.

Sin embargo, no hay que olvidar que en condiciones normales y debido al hecho biológico que supone el embarazo, quien mejor conoce a su hijo es la madre que sería la persona más adecuada para ejercer la función materna. Lo mismo podríamos decir del padre y de la función paterna.

Las funciones materna y paterna son antagonistas y complementarias. Su interrelación da como resultado un vínculo de calidad. Me parece importante subrayar que estas dos funciones pueden ser ejercidas por la misma persona (madre soltera, familias monoparentales, etc.).

La integración de la bisexualidad psíquica en el ser humano tanto por parte de la madre como del padre juega un importante papel en la crianza del hijo ya que tanto la madre como el padre, desde lo materno-femenino y paterno-masculino,- presentes en el mundo interno de ambos padres-, interiorizados por identificación pueden desarrollar la función parental, la función materna y la función paterna.

Concibo la manera de desarrollarse el funcionamiento psíquico del bebé a partir de la relación dialéctica entre estas dos funciones (materna y paterna) que le permiten constituirse como sujeto con subjetividad propia, y con capacidad para establecer relaciones ínter-subjetivas con el otro.

La importancia que estas funciones tienen es tal, que el déficit o exceso de una de ellas puede alterar la construcción de la subjetividad del bebé. La manera en que la función materna y/o paterna es ejercida depende de las características de las personas que realizan esas funciones pero también, de las características del bebé. Desde la valiosa aportación de Brazelton sobre las competencias precoces del bebé sabemos lo que ya intuíamos, que el bebé es una persona y como tal, modela a sus padres y a su entorno.

LA FUNCIÓN MATERNA

La gestación biológica no garantiza el deseo de supervivencia indispensable para el recién nacido, razón por la cual la persona que ejerza la función materna tiene que ser portadora de este deseo para el niño.

Vamos ahora a señalar de forma condensada algunas de las características de la función materna:

La persona que ejerce la función materna le presta al bebé su cuerpo y su funcionamiento mental así como su capacidad de elaboración y ensoñación, que basada en la identificación empática, le permite traducir e interpretar lo que le pasa al bebé para responder adecuadamente a sus necesidades materiales y corporales pero también, y sobre todo, psico-emocionales.

Mediante sus respuestas no solamente técnicas sino también y fundamentalmente afectivas, la persona que ejerce la función materna le devuelve al bebé un material previamente elaborado, filtrado de las ansiedades, malestar, dolor, sufrimiento y temores que a través de la interacción, había “depositado” el bebé en ella.

El bebé puede de esta forma construir progresivamente su propio continente psicosomático y llenarlo de un contenido emocional asimilable como paso previo al contenido del pensamiento.

LA FUNCIÓN PATERNA

Como función, se distingue de la paternidad biológica porque tiene un valor simbólico; representa la ley porque funciona como un operador psíquico de separación de la relación madre-hijo, regulando la omnipotencia materna (traducida en la disponibilidad absoluta para comprender y satisfacer las necesidades del bebé, imprescindible al principio de la vida). Además, crea un lugar externo y le proporciona un orden a la interacción madre-bebé.

La persona que ejerce la función paterna ejerce también la función materna si es necesario. Interviene para sostener y apoyar la interacción madre-bebé. También está presente para regularla y ponerle límites. Introduce la relación a tres, el

concepto de ley y sus normas de aplicación. Favorece y sostiene la simbiosis inicial madre-bebé. También le corresponde limitar y “cortar” progresivamente dicha simbiosis. Filtra las influencias e intrusiones de familiares y amigos para que no interfieran en la autorregulación necesaria del bebé ni en la regulación de la interacción madre-bebé. A través del deseo y la sexualidad, el padre ayuda a la madre a recuperar su espacio de persona diferenciada del bebé y también, su espacio y cuerpo de mujer.

La interacción del padre desde el lugar del tercero con su hijo, permite el paso de la relación a dos a la relación a tres y de ahí, el paso hacia lo grupal y social. Se crea de esta forma un continente psicossomático tridimensional donde las representaciones internas de los objetos tienen cabida.

Junto con la madre, el padre facilita la creación de la cuarta dimensión espacio-temporal en la que vive su experiencia y construye su mundo interno el bebé; dimensión caracterizada por la percepción del tiempo de forma lineal y no circular, con un antes y un después, lo que permite la salida del círculo vicioso de la repetición, convirtiendo la interacción en una espiral evolutiva y no en una experiencia de sentirse y verse atrapado en un círculo interactivo repetitivo.

PREVENCIÓN POST-NATAL

La responsabilidad institucional como elemento interactivo esencial en la relación entorno cuidador-bebé de los servicios hospitalarios de pediatría y de neonatología en los casos de alto riesgo perinatal de grave evolución psicopatológica o psicossomática del bebé, me parece incuestionable en cuanto a la influencia positiva o negativa de dicha evolución, según sean los cuidados aportados, tanto al bebé como a sus padres.

Veamos ahora lo que ocurre con el desarrollo de los neonatos prematuros en las UCIN, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales cuando se cambian las condiciones ambientales adaptándolas a las necesidades evolutivas de estos bebés y de sus familias.

Es conocida la relación entre bajo peso al nacer y lesiones cerebrales. Se estima que el 80% de los nacidos antes de las 33 semanas tienen alteraciones en la sustancia blanca del cerebro que luego limitan el desarrollo escolar normal. Pero lo que se observa de forma estadística no se cumple siempre individualmente. Carme Junqué, catedrática de psico-biología de la Universidad de Barcelona, lo explica: *"Las anomalías cerebrales no siempre van acompañadas de déficit funcionales; se pueden observar alteraciones estructurales con rendimientos cognitivos normales e incluso superiores y, aunque se desconocen los factores que intervienen, es muy probable que la estimulación ambiental adecuada pueda contribuir a optimizar la conectividad cerebral y ésta se refleje en una mejor funcionalidad cerebral"*.

Un total de 40 hospitales de toda España se han integrado en el Proyecto Hera (recibe el nombre de la mujer de Zeus, protectora de la familia) cuyo objetivo es formar profesionales y conseguir la óptima implantación de esta metodología en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), como por ejemplo la del hospital Vall d'Hebron de Barcelona, abierta las 24 horas del día a los familiares de los bebés prematuros y que sigue los llamados cuidados centrados en el desarrollo (CCD), una serie de medidas que procuran adecuar las condiciones ambientales de luz y ruido, controlar parte del dolor sin fármacos y potenciar el contacto piel con piel o la lactancia materna en nacidos con bajo peso.

Queda, sin embargo, mucho que hacer, porque, según un estudio comparativo realizado con el apoyo de la Fundación Europea para la Ciencia y presentado en las I Jornadas Internacionales de Cuidados Neonatales centrados en el desarrollo y la familia, celebradas en noviembre del 2008 en el hospital Vall d'Hebron, España e Italia se sitúan en el furgón de cola en la aplicación de estos cuidados, a pesar de que la literatura científica empieza a evaluarlos como muy beneficiosos para el desarrollo de los bebés prematuros.

Los estudios realizados sobre este tipo de cuidados neonatales avalan sus efectos beneficiosos, según Junqué, no sólo sobre la función pulmonar, el comportamiento

alimentario o el crecimiento, sino también sobre el desarrollo neuronal, además de reducir el tiempo de hospitalización. Un trabajo con bebés prematuros médicamente sanos nacidos entre las 28 y 33 semanas, realizado por dos equipos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y de la Universidad de Ginebra (Suiza), hallaron una mejoría en el desarrollo estructural del cerebro constatable con pruebas de resonancia magnética.

"Entre las 24 y las 37 semanas de gestación se producen 40.000 nuevas sinapsis por segundo y los cuidados centrados en el desarrollo están mejorando la calidad de estas conexiones neuronales", afirma contundente Carmen Rosa Pallás, jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, y coordinadora científica del programa Hera. En su hospital, asegura Pallás, ya hace más de una década que se respira la filosofía de estos cuidados, pero hasta hace muy poco no ha penetrado en España.

El método de crianza llamado *"canguro"*, en alusión a la forma de prolongar la crianza extra-uterina que tiene este mamífero marsupial tan conocido y popular en Australia, utilizado desde tiempos ancestrales por algunas sociedades primitivas y desarrollado hace años en Colombia debido al déficit de incubadoras que padecían para atender a los prematuros en las UCIN, ha sido incluido progresivamente dentro de los cuidados centrados en el desarrollo del bebé. Esta forma de crianza se está reconociendo cada vez más como una de las medidas más económicas, fáciles de implantar y desarrollar en las UCINS, con inmejorables y magníficos resultados no solamente en la mejora de la calidad de la interacción padres-bebé y en especial madre-bebé, sino también, en el proceso de maduración orgánica y desarrollo psico-social del bebé

En el servicio de neonatología del departamento de pediatría del hospital de La Fe de Valencia, la pediatra y neonatóloga Blanca Gascó, responsable de la implantación del programa *"canguro"* en este hospital, ha diseñado una ropa especial

que facilita enormemente el “*maternaje*” que se ofrece al bebé a través de este método.

La estrecha interacción-colaboración entre los equipos hospitalarios de pediatría-neuropediatría-neonatología, y profesionales como psiquiatras y psicólogos clínicos, ambos psicoterapeutas, formados y con experiencia en psicología y psicopatología perinatal, está contribuyendo poderosamente, -aunque de momento no sea una experiencia generalizada en España- no solamente en la mejora de la calidad de los cuidados prestados, sino también en cuanto a resultados evolutivos y preventivos.

Me parecen significativas y muy importantes respecto a lo que acabo de comentar, las experiencias desarrolladas hasta hace poco en el servicio de pediatría del Hospital de Sagunto gracias a la fecunda colaboración de Mercedes Benac, neuropediatra, y Pascual Palau, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo. La detección de factores de riesgo evolutivo del bebé de pocas semanas hacia una psicopatología psicosomática o autística y su correspondiente tratamiento psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé, está evitando en gran número de casos la instalación del trastorno en el psiquismo temprano del bebé y ahorrando una ingente cantidad de sufrimiento en los padres.

El concierto establecido desde hace años entre el servicio de neonatología del Hospital de San Pablo y la Fundación Eulalia Torras de Beà, FETB, en Barcelona, está permitiendo un sistema de cuidados de los prematuros que son atendidos en dicho hospital, que está centrado en las necesidades evolutivas de estos bebés y las de sus familias, más que en las necesidades, comodidades y rutinas del servicio que les atiende. La presencia desde hace años en este servicio, de Remei Tarragó, psiquiatra y psicoterapeuta de la FETB, con amplia experiencia en el trabajo clínico con bebés, está contribuyendo no solamente en la mejora de los cuidados recibidos por los bebés y familias que son atendidos en este servicio, sino también en la motivación y cuidados que también necesita el cuidador profesional para mantener la calidad asistencial y su salud. La labor preventiva que se puede desarrollar con este

tipo de trabajo interdisciplinar y multiprofesional en lo que respecta a los posibles trastornos de personalidad que pueden presentarse más adelante en los niños prematuros que no son adecuadamente atendidos en estos servicios me parece digna de mención.

Para una adecuada prevención de las desviaciones psicopatológicas tempranas (trastornos psíquicos, psicosomáticos, y del desarrollo) del bebé y evitar su instalación psíquica progresiva, las visitas domiciliarias de apoyo emocional y seguimiento de la evolución de la interacción entorno cuidador-bebé durante los primeros meses de vida del bebé, me parecen fundamentales.

Visitas efectuadas por enfermeras especializadas que realizan un seguimiento evolutivo del bebé y de su interacción con él, así como los cuidados del cuidador familiar en su entorno habitual.

Seguimiento evolutivo -que no se hace en España- de extraordinaria importancia para detectar precozmente y corregir situaciones de riesgo interactivo de carácter repetitivo y acumulativo que pueden evolucionar hacia desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para nuestros niños.

Esta tarea preventiva implica también, el desarrollo de una política de apoyo socio-sanitario dirigida a la familia y en especial a los cuidadores familiares para que puedan desarrollar una vinculación de apego seguro y sano con sus hijos.

Política no suficientemente desarrollada ni a mi juicio adecuadamente enfocada en nuestro país, ya que se debería estimular y fomentar la crianza de los niños mediante la atención directa de la madre y del padre, en lugar de hacerlo en el sentido de una delegación de los cuidados del niño pequeño con los abuelos, o sometiendo al niño a una institucionalización precoz y excesiva en guarderías o escuelas infantiles. Para saber más: <http://mastiempoconloshijos.blogspot.com>

Para que el vínculo de apego sea percibido como seguro por el bebé, es necesario que la disponibilidad y sensibilidad del cuidador permita desarrollarse en el niño un estado emocional basado en la sensación de seguridad.

Este sentimiento de seguridad es un elemento necesario para el adecuado desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales que se basan en la exploración, permitiendo al niño su evolución hacia un mayor grado de autonomía.

El apego seguro incrementa la resiliencia en el niño.

CONCLUSIONES:

Para dar una respuesta adecuada a las necesidades de acompañamiento emocional y psicológico que plantean los padres y su hijo en el periodo perinatal, se requieren cambios estructurales importantes en los sistemas de cuidados tradicionales vigentes hoy día, tanto del ámbito sanitario como socio-sanitario.

También es necesario un cambio en las políticas de ayuda y apoyo a la familia, y en especial a la madre, que es en nuestra cultura la que predominantemente ejerce la función materna, para potenciar la crianza de nuestros hijos pequeños en su medio natural, la familia.

Los diferentes profesionales que trabajan en la perinatalidad, tendrían que formar parte de equipos inter-disciplinares y/o coordinarse adecuadamente para asegurar una atención de calidad, así como la necesaria continuidad de cuidados.

La institución en la que trabajan los equipos que atienden la perinatalidad tendría que crear un espacio-tiempo de formación continuada en el que mediante la supervisión del trabajo clínico, efectuada por un profesional competente y no perteneciente a la institución, los equipos de profesionales se sintiesen acompañados, contenidos y apoyados durante el recorrido asistencial que viven con sus pacientes. Sería un espacio en el que los profesionales podrían elaborar sus miedos, ansiedades y conflictos vividos en la interacción con sus pacientes y familia. Un espacio-tiempo asistencial que se inspirase en la filosofía y la ética de los cuidados del cuidador profesional para evitar el síndrome del profesional quemado y mejorar la calidad asistencial en lo que a capacidad profesional de acompañamiento emocional y psicológico se refiere.

Se tendría que fomentar y apoyar la formación en Psicología y Psicopatología Perinatal de los profesionales que se ocupan de la perinatalidad.

En este sentido, es importante conocer que ASMI-WAIMH ESPAÑA, Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, miembro de la Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil, va a comenzar en octubre de este año, en colaboración con la Universidad de Valencia, un Master Universitario de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil y un Curso de Doctorado en Psicología y Psicopatología perinatal e infantil. Más información: <http://www.asmi.es/asmi/es/index.php>

Espero que a través de iniciativas como ésta, en la que las mujeres, las madres, recuperando el poder y protagonismo que les corresponde y reivindicando la igualdad de género en términos de salud, no solamente logremos una adecuada atención perinatal sino también, una asistencia sanitaria de mayor calidad para todos.

BIBLIOGRAFÍA

Ansermet, F.; Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro*, Ed. Katz.

Brazelton, T. B. (2001): *El saber del bebé*. Nuevas orientaciones dirigidas a padres y especialistas. Ed. Paidós Ibérica.

Brazelton, T. B.; Nugent, Kevin, J. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*, Ed. Paidós, Barcelona.

Bowlby, J. (1998). *El apego*, Ed. Paidós Ibérica.

Cabaleiro, F. (1993): Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 15-16, p, 137-164, Ed. SEPYPNA.

Cabaleiro, F. (2002): "Reflexiones de interés preventivo sobre algunas cuestiones del desarrollo infantil" *Desenvolupament infantil i atenció precoç*. 19-20. Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç.

Cabaleiro, F. (2003): "Una experiencia preventiva materno-infantil" *Revista de psicoterapia y psicosomática*. 53, p, 29-51. Revista de IEPPM, Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.

Cramer, B. (1990). *De profesión bebé*, Ed. Urano.

Cramer, B.; Brazelton, T. B. (1993). La relación más temprana. Ed. Paidós.

Fava, G. M, Nosadini, N. P. (2010): "El Lausanne Trilogue Play en la práctica clínica" *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 16, p, 57-67.

Fivaz-Depeursinge, E.; Corboz-Warney, A. (1999) *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. Paris, Ed. Odile Jacob. 2001.

Larbán, J. (2006): "Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41-42, p. 147-160, Ed. SEPYPNA.

Larbán, J. (2007): "El proceso evolutivo del ser humano: Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43-44, p. 171-195, Ed. SEPYPNA.

Larbán, J. (2008): Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p, 63-152.

Larbán, J. (2009). "El modelo comunitario de atención a la salud mental. Continente y contenido" En prensa, en, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Ed. SEPYPNA.

Larbán, J. (2010): "Ser cuidador: El ejercicio de cuidar". En prensa, en *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Ed. SEPYPNA.

Larbán, J. (2010): "El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas". *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 75, p, 35-67. Revista de IEPPM, Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.

- Lasa, A. (1993). "Sobre los fundamentos del psiquismo" *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, p.5-12, Ed. SEPYPNA.
- Lebovici, S.; Weil-Halpern, F.; Lazar, Ph.; González y Ortiz, F. G. (1995). *La Psicopatología del Bebé*. Ed. Siglo XXI. Méjico.
- Manzano, J.; et al. (2002). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*, Ed. Necodisne.
- Michelena, Mariela. (2009): *Un año para toda la vida. El secreto mundo emocional de la madre y su bebé*. Acompañamiento emocional y psicológico de la mamá, desde que sueña con un hijo hasta que lo ve dar sus primeros pasos. Ed. Temas de hoy.
- Missonnier, S. (2009). *De la consultation thérapeutique parents-bébé à la consultation thérapeutique anténatal*, en, *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, p, 379-399, Ed, PUF.
- Palau, P. (2009) : "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé", *Actualités Psychosomatiques*, 12. Edit. Georg, p, 21-42.
- Palau, P. (2009): "El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica?" *Revista de psicoterapia y psicósomática*, 73, p, 41-60. Revista de IEPPM, Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Palau, P. (2010): *Psicósomática y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición*. *Revista de psicoterapia y psicósomática*, 74, p, 39-70. Revista de IEPPM, Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Pérez Sánchez, Manuel. (1989). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*, Barcelona, Ed. Paidós.
- Stern, D. (1978). *La primera relación: madre-hijo*. Ed. Morata, Madrid.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Ed. Paidós, Bs. As.
- Stern, D. (1999): *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Ed. Paidós Ibérica.

Stern, D. (2002): *Diario de un bebé*. Que ve, siente y experimenta el niño en sus primeros cuatro años. Ed. Paidós Ibérica.

Tarragó, R. (2008): "Vínculo afectivo y prematuridad: Prevención de trastornos de personalidad", ponencia presentada en las I Jornadas Pitiusas Pro Salud Mental organizadas por ADISAMEF, **A**sociación para la **D**ocencia e **I**vestigación en **S**alud **M**ental de **E**ivissa y **F**ormentera, sobre "Los trastornos mentales severos en la infancia, adolescencia y edad adulta" celebradas en Ibiza, en octubre de 2008.

<http://adisamef.com/jornadas08/ponencias2008/16-remei-tarrago08.pdf>

Torras de Beà, E. (2008). "Organización social y cambio: su influencia sobre la salud mental" *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. 12, p, 93-100, Ed. Fundación Orienta.

Torras de Bèa, Eulàlia. (2010): *La mejor guardería, tu casa*. Criar saludablemente a un bebé. La mejor guía para alcanzar la conciliación. Ed. Plataforma.

Winnicott, D. W. (1993): *Conversando con los padres*. Aciertos y errores en la crianza de los hijos. Ed. Paidós Ibérica.

Winnicott, D. W. (1998): *Los bebés y sus madres*. El desarrollo del primer diálogo. Ed. Paidós Ibérica.

Waddington, C. H. (1956). "Genetic assimilation of the bithorax phenotype" , *Evolution*, 10, p, 1-13.

Waddington, C. H. (1980). *Biología, hoy*. Ed. Teide.

- En la página Web de ASMI, <http://www.asmi.es/asmi/es/index.php> en el apartado de fondo documental y en perinatalidad, hay importantes artículos en formato digital que se pueden leer y descargar en el PC, de forma gratuita. He aquí el enlace; <http://www.asmi.es/asmi/es/fondodocumental/perinatalidad.php>

- En la página Web de SEPYPNA, <http://www.seypna.com> en el apartado de publicaciones, están entre otros muchos artículos gratuitos y en formato digital, los que constan de la citada editorial en este índice. Pueden leerse directamente en la Web, o descargarse el artículo, a través del apartado de publicaciones por índice

artículos y de autores. La revista entera puede descargarse desde publicaciones y revista. He aquí los enlaces: <http://www.sepyrna.com/revista-autores/>

<http://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/>

- En La página Web de ADISAMEF, <http://www.adisamef.com/> y en <http://www.adisamef.com/index.htm> en el apartado fondo documental, en salud mental infante-juvenil, hay numerosos artículos gratuitos, disponibles para su descarga.