

# NIÑOS INTERNADOS DESDE EL COMIENZO DE LA VIDA. FAMILIA, INTERNACIÓN NEONATAL Y SALUD MENTAL

Lic. María Aurelia González, Silvana J. Naddeo\* \*

*“Se corrió el punto final...”*  
*“...Los progresos técnicos, hicieron que los recursos terapéuticos se multiplicasen hasta llegar el momento actual, en el que el punto final, la muerte de un recién nacido, se ha convertido en algo muy lejano, quizás por haber estado tanto tiempo tan cerca...”*

**Palabras claves:** internación neonatal, salud mental, prematurez, unidad cuidado intensivo.

Esta impactante definición presenta el perfil de las actuales Unidades de Neonatología, y corresponde al título del Prólogo del libro *Manejos integrales en Neonatología*.<sup>1</sup>

Nos sitúa de modo preciso respecto del objetivo principal de estos sectores de internación e indica que se ha corrido *la línea de lo posible*: la lucha por la sobrevivencia de Recién Nacidos (RN) muy prematuros (con peso de nacimiento <1.500 g) o con malformaciones severas, quienes se transformaron así en los habitantes frecuentes de estas áreas definidas como de “aislamiento”, niños cuya sobrevivencia hasta hace 30 años era considerada anecdótica.

Las instituciones dan marco a las prácticas y las determinan. La Maternidad Sardá<sup>#</sup>, tal como se la conoce, es un hospital público de alta complejidad

de la Ciudad de Buenos Aires, es a la vez de una “maternidad” un centro especializado en perinatología, iniciadora de un nuevo paradigma de atención en salud: el Modelo “Maternidades Centradas en la Familia”(MCF).

Su objetivo es la humanización de la atención perinatal, sin que ello suponga contradicción con los avances científicos y tecnológicos.

Advertido el discurso médico de que la recuperación no se agota en el plano de lo orgánico, como parte de su estrategia el Servicio de Neonatología convoca a otras disciplinas para la asistencia y el cuidado de la salud de los recién nacidos (RN) y de su familia, y entre ellas al Servicio de Salud Mental.

De tal modo se reconoce que *el nacimiento no es un hecho meramente biológico*. La llegada de un niño es un acontecimiento individual, familiar y social que asegura la continuidad de la especie y que inscribe al mismo tiempo a los padres biológicos en una función social, como padres que transmiten un nombre, una herencia cultural y no sólo un capital genético.

El nacimiento es ante todo un pasaje material experimentado por el cuerpo del recién nacido, es decir la realidad anatómica del nacimiento. Sin embargo todas las culturas han instituido ritos de pasaje que representan un nacimiento simbólico que duplica la realidad de la llegada al mundo. Al reconocer al niño, introducirlo en la familia, en una

\* Psicóloga Clínica, Psicoanalista. Coordinadora del Área de Salud Mental en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

\* \* Psicóloga Clínica, Psicoanalista. Jefa del Servicio de Salud Mental.

Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”. Buenos Aires.

Correspondencia:

maureliagonzalez@fibertel.com.ar

siljunaddeo@yahoo.com.ar

# El trabajo aquí reseñado es producto de la experiencia como integrante del equipo de salud de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”. Esta Maternidad es un Centro Perinatológico de Alta Complejidad, referente de derivación para la Ciudad de Buenos Aires, alrededores y resto del país. Atiende un promedio de 7.000 partos anuales, de los cuales los Recién Nacidos con peso menor a 2.500 g representan el 9% de los niños atendidos y la franja de recién nacidos con peso menor o igual 1.500 g el 1,9%

genealogía se lo hace entrar a la humanidad. De este modo, puesto que el ser humano sólo es tal en una cultura, no se limita sólo a ser un momento biológico sino que exige una inscripción simbólica que transforme a sus procreadores en padres.

Este es el marco teórico que sostiene y direcciona nuestra práctica dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN).

Sobreviene inevitable la pregunta: ¿cuál es el lugar de los psicólogos allí?, la primera respuesta es hacer lugar a la palabra. La palabra capaz de rescatar el cuerpo de ese niño, asistido, invadido y permitirle el acceso a lo subjetivo, a lo particular que singulariza y establece las bases de la filiación y por lo tanto de la identidad. Como dice C. Druon: “la posición del analista es de frontera, ni adentro ni afuera. Debe aceptar quedar como un cuerpo extraño al equipo, pertenecer sin ser”.

Así como la Neonatología arremetió con lo que se planteó como “imposible” en determinado contexto histórico y científico, el trabajo en salud mental nuestro trabajo consiste en ubicar *lo posible* en la dimensión de la subjetividad. En ligar y construir sujeto de una historia, que no se agota en la consideración del objeto preciado de la ciencia.

La participación de los psicólogos en este escenario es al modo de la intervención breve, “La clínica de la intervención”, con las familias de los pacientes allí internados y en muchas otras oportunidades con el equipo que asiste, en particular médicos y enfermeras.

Entre las *intervenciones posibles*, podemos ubicar las siguientes:

**1. El rescate de lo temporal.** La capacidad de descubrir y aceptar que aún dentro de un área teñida por la urgencia, “no todo es urgente”. No todo el tiempo. Es *posible* delimitar un tiempo y un espacio para la comunicación con los padres, que generalmente gira alrededor de la información, propiciando una posición de escucha acerca de las preguntas que ellos tengan, las que se repiten e insisten, en tanto no encuentran lugar para ser alojadas.

**2. Valorar y confirmar el lugar de los padres:** Desde las descripciones del “Síndrome de Hospitalismo” de Spitz en 1945, sumado a los antecedentes locales que impulsaron la internación conjunta madre-hijo en las salas de pediatría del Hospital de Niños, a finales de la década del '50, se ha construido evidencia clínica de peso que demuestra que no hay proceso de cura que pueda pensarse en un niño alejado, aislado de su madre o su familia. Un niño acompañado por su madre o sus referentes afectivos

se recupera más rápido y favorablemente que aquel que permanece aislado. Verdadero salto epistemológico en la consideración del proceso salud-enfermedad en un niño, pero aún insuficiente en el encuadre asistencial de numerosas instituciones.

Facilitar *el ingreso irrestricto de los padres del niño hospitalizado*, implica reconocer éste como su primer e incuestionable derecho.

Las intervenciones prolongadas desde el comienzo de la vida resultan particularmente “tóxicas”, si todo acontece en el plano de lo estrictamente biológico. Los padres dan cuenta en su decir de la “herida narcisista” que representa el fracaso de no haber podido traer al mundo un hijo sano y bello. Por el contrario, este hijo depende de otros: médicos, enfermeras y máquinas. “¿Cuándo lo podré tocar?, ¿le hace mal que le hable?”, en definitiva la pregunta que circula es ¿de quién es este hijo? De los médicos y la ciencia, ¿Cuándo será de sus padres? La presencia continua y activa de los padres en las Unidades de Alto Riesgo hace a la construcción simbólica de las funciones parentales. Los padres dicen “mi hijo se da cuenta cuando yo llego, distingue mi voz de la de la enfermera”. “Espera que yo llegue para moverse más”. Esta inclusión es ampliamente respaldada por el servicio de Salud Mental y acompañada de otros dispositivos como la utilización de la Residencia Hospitalaria para Madres, el contacto piel a piel madre-hijo prematuro, la participación en tareas de cuidado etc.

### **La inclusión de la familia ampliada:**

A los padres los angustia la separación de su hijo, pero también del resto de la familia. Las preguntas sobre la normalidad del RN y sus posibilidades se trasladan al resto del grupo familiar. Intervenir en salud y particularmente en salud mental implica escuchar estos interrogantes y, una vez más, dentro de lo posible diseñar una estrategia que sin plantear contradicciones con la asistencia de alta complejidad, incluya de una manera programada y acompañada el encuentro entre el resto de la familia, los padres y el hijo internado.

De tal modo tuvo origen la **visita programada de abuelos;**<sup>2</sup> se trata de una visita social, dado que para muchas familias, el motivo de festejo deberá ser postergado por algún tiempo. Los abuelos que

---

2. Visitas programadas de abuelos: reuniones coordinadas por psicoanalistas, de frecuencia semanal. Se desdoblan en sectores de alta y baja complejidad.

concurrer, reconocen en ese acto a sus hijos como padres, en tanto confirman que ese niño ha nacido, que porta además un nombre, un parecido físico y características que lo emparentan a sus antecesores. Tres generaciones que se reconocen y se enlazan, dando lugar así al trabajo de la filiación y de la identidad.

El mismo cuidado está presente en la **visita programada de hermanos**.<sup>3</sup> Los hijos que esperan el regreso de la madre y del hermano anunciado, que sin embargo no ocurre. El espacio lúdico y el dibujo son las herramientas para la aproximación a ese lugar “no permitido” donde el hermano, depositario de fantasías ambivalentes, permanece sin ir a casa. Para ello un dispositivo interdisciplinario permite el ingreso de los familiares en forma cuidada y personalizada, con la colaboración de médicos y enfermeras que evitarán prácticas invasivas durante ese lapso, invitan a conocer y en algunos casos hasta a participar, de tareas de cuidado tales como la alimentación por “gavage” (sonda).

Estas intervenciones que se despliegan con la participación de todos tienen un efecto gratificante, en tanto enlazan el trabajo al aspecto más activo de la vida.

Sin embargo, aún posicionados desde esta perspectiva, en todas las Unidades de Terapia se presenta una realidad inapelable, irrepresentable que es la muerte, con el sesgo dramático a la que remite *la muerte de un recién nacido*. En esos momentos cruciales el analista participa sosteniendo, también, al equipo que luchó por cada gramo o por cada logro, donde el límite de lo posible presenta su trazo más amargo, más frustrante y donde una vez más las pequeñas acciones que tienden al respeto por el dolor, por la intimidad familiar tienen un valor enorme y son rescatadas a posteriori por los mismos padres.

La intervención situará la importancia de una despedida que debe comenzar allí, con la consideración y la compañía de quienes asistieron. Lo que más necesitan los padres en tales instancias es un pequeño espacio físico sin monitores y el acceso y compañía de su familia, para conocer al niño que no llegó a vivir fuera del hospital.

Hacer lugar al trabajo del duelo y los rituales

---

3. Visitas programadas de hermanos: reuniones de frecuencia semanal coordinadas por psicoanalistas dentro de la UCIN, que incluyen actividades lúdicas, gráficas y dispositivos grupales.

para la despedida, es una de las tareas más duras y al mismo tiempo la que ha obtenido consenso indiscutido dentro del sector.

La recuperación de niños cada vez más prematuros o con patología severa es evidente, los avances científicos y tecnológicos se esfuerzan en ello con resultados cada vez más optimistas. El alivio producido por las estadísticas de sobrevivencia en estos neonatos, genera lugar para otras interrogantes, para otros cuidados: ¿cómo será cuando crezca, recordará su sufrimiento, serán felices, serán psicóticos, serán normales? Se impone así la necesidad de conocer los efectos que las internaciones prolongadas desde el comienzo de la vida pueden tener para estos pacientes y sus familias.

El modelo de abordaje no está cerrado. Esa es la garantía para repensar e intentar entre todos los actores de la Unidades Neonatales (familia, enfermeras, estimuladores, médicos, asistentes sociales, psicólogos, etc.) las mejores formas posibles de cuidar a un niño recién nacido.

Finalmente, reflexionar sobre las implicancias de los progresos tecnológicos no significa rechazar a la ciencia en su conjunto, cuestionarla es un ejercicio de la razón, que nos pone en advertencia del peligro de convertir a la ciencia en una “nueva ilusión de certezas”, por ello es necesario insistir en el ejercicio de la duda y la sospecha epistemológica de las que ningún saber debería eximirse.

### Bibliografía consultada

1. Larguía AM. Prólogo “Se corrió el punto final...”. En: Manejos integrales en Neonatología. Buenos Aires: Ergon, 1986.
2. Larguía AM. Manejo integral de los Padres en los Servicios de Neonatología. En: Manejos integrales en Neonatología. Buenos Aires: Ergon 1986; pág. 176-203.
3. Larguía AM. Maternidades Centradas en la Familia. Rev Hosp Mat Inf R Sardá, 2000; 19:177-189.
4. Larguía AM, Lomuto C, González MA. Guía para la Transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Editado por Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2006.
5. Tubert S. Mujeres sin sombra. Madrid: Siglo XXI, 1991.
6. Olivares C, Botto E. Breve historia del niño. Primer Encuentro Pensar la Niñez. Buenos Aires; 1998.
7. González MA, et al. Problemática de los padres de los Recién Nacidos asistidos en las Unidades de Cuidados Intensivos. Abordaje Interdisciplinario. Arch Argent Pediatr 1996; 94:178-82.
8. González MA. Conflictiva familiar en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Hospital Mat Inf R

- Sarda 1998; 24: 142-146.
9. Sptiz R. El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
  10. The Premature Baby Book. New York (NY): Library of Congress, 1946.
  11. Druon, C. L'ecoute du bébé prématuré. Paris, France: Ed. Aubier, 1996.
  12. Cecchetto S. Prematurez y no viabilidad en los recién nacidos. Buenos Aires: Quirón, 1992.
  13. Klaus MH, Kennell JH. La relación madre-hijo. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1994.
  14. Fava Vizziello G, et al. Los hijos de las máquinas. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.
  15. Freud S. (1914), Introducción al Narcisismo. En: O.C. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XIV, 1984.
  16. Sociedad Argentina Pediatría. CEFEN: Subcomisión de Recomendaciones ¿Siente dolor el recién nacido? Arch Argent Pediat 1993; 91:181-85.
  17. Martínez JC. El bebé prematuro y sus padres. Medicina y Amor. Buenos Aires: Ed. Lidiun, 1993.
  18. Mathelin C. Clínica psicoanalítica con niños. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.
  19. Fabre Grenet M. Consequences de la separation mere-enfant sur le devenir des prématures. Progrés en Neonatologie. Paris: Karger, 1990.
  20. Benítez A. Utilización de una Residencia hospitalaria por madres de prematuros de muy bajo peso. Rev Hosp Mat Inf R Sardá 1993; 12:12-14.
  21. Helman V, et al. Ingreso de familiares a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Rev Hosp Mat Inf R Sardá, 1996; 15:107-11.
  22. Dinerstein NA, González MA. Humanización en la atención neonatal. Rev Hosp Mat Inf R Sardá, 2000; 19: 173-176.

*El futuro tiene muchos nombres.  
Para los débiles es lo irrealizable.  
Para los temerosos, lo desconocido.  
Para los valientes es la oportunidad.*

Víctor Hugo