¿Cómo interviene unx psicólogx perinatal? ¿Es necesaria su labor?

No necesariamente tiene que ver con estar presente en problemáticas graves o situaciones límite, como muchas veces se piensa. Sobre todo en el embarazo y puerperio donde la fragilidad psíquica pareciera “palparse”, la transmisión de un diagnóstico, aunque no sea grave termina representando la confirmación de una problemática real para la madre y/o padre.

Esta noticia puede caer como un baldazo de agua fría, pero haciendo crecer la vulnerabilidad y, por lo tanto, el acercamiento de la madre hacia su bebé (Mercado, A. 2013); ¿de qué manera? resignificando los temores vividos o fantaseados durante el embarazo (que ocurren en la mayoría de las gestantes, los miedos universales) y que, a veces, por algún motivo no terminan de ser elaborados; ante la noticia del mencionado diagnóstico, el miedo fantaseado se vuelve real, genera una herida en la madre de la cual nada sabe, no comprende, pero lo único que quiere es que no esté.

La figura del/a psicólogo/a perinatal permite la inclusión de la palabra, pudiendo exonerar tal vez, los miedos anteriores (no sólo los vividos durante el embarazo sino también aquellas marcas de su pasado que hoy pueden resignificarse) que vienen a sumarse a esta situación dejándola en un estado de mayor vulnerabilidad: *“… devolviendo el espacio simbólico al acto del nacimiento a toda su periferia, incluyendo el saber médico (…) introduciendo la palabra ya no mágica de antaño, sino la que es capaz de elaborar la Psicología actual para dar respuesta a una necesidad ancestral: la de toda mujer y toda familia de sentirse escuchada, respetada, acompañada y sostenida ante la llegada de un bebé y en el inicio de la vida”* (Oiberma, A. 2013).

Unx psicólogx perinatal, como agente de salud, se incorpora al equipo médico, en las consultas con la familia en la neo, en el consultorio obstétrico, en pediatría, ¡incluso podría en la propia sala de partos, si así lo desea y necesita la propia parturienta!

Un médico cardiólogo revisa a un bebé de 2 días, le dice a la familia que no es grave pero que es necesario ir controlándolo. Son buenas noticias, dentro de todo, es leve y se pueden ir a su casa. Pero la flamante madre no quiere, se angustia y quiere quedarse. No se anima a estar en su casa con el bebé, sin médicos que lo asistan. Tiene miedo, no entiende. El/la psicólogo/a perinatal podría intervenir indagando sobre su miedo, permitiendo que la palabra comience a circular allí donde hay algo que no se comprende, donde hay algo que ocurrió muy rápido, que no se asimila como es el nacimiento de su bebé. Ese bebé que fue pensado, imaginado pero que no tenía “diagnóstico alguno”… diferente al bebé real: *“Es posible que la madre revele entonces información relacionada con las fantasías y temores respecto de la enfermedad del bebé. Estas ideas (…) influyen en la disposición de los padres a colaborar con el tratamiento del hijo, minimizando el riesgo de futuras recaídas”* (Oiberman, A. 2013)*.*

Nuestra labor vendría a colaborar con la elaboración del duelo de lxs mapadres por el bebé imaginado, acercándose al bebé real (Oiberman, A. 2013).

El espacio de la intervención psicológica es un espacio intermedio entre el hecho acontecido y la experiencia de satisfacción o insatisfacción que la persona pueda tener. Se trata de facilitar la creación de alternativas o resaltar las herramientas con las que se cuenta para darle significados a la experiencia (Vega, E. 2013).

En definitiva se trata de eso, de poder inscribir lo que pasa por la vida de cada sujeto, encontrándole palabras y sentido a hechos que le acontecen, que pueden resultar difíciles de tramitar psíquicamente por su carga fuertemente traumática.

¿Cómo procede unx psicólogo con unx bebé? Pues no se trabaja sólo con la madre, sino con la díada o, incluso, tríada. Recordemos que durante el embarazo y puerperio inmediato existe lo que se denomina “fusión madre-bebé”. Es un estado de simbiosis esperable, que con el tiempo va transformándose en un vínculo de dos seres diferentes.

En los casos donde hay situaciones de prematurez o alguna otra causa que amerite internación en neonatología, lo primero a destacar es la evaluación temprana para descartar o diagnosticar patología; observar el comportamiento del bebé, su temperamento y el tipo de vínculo y apego que establece con su madre. Una intervención oportuna facilita y favorece el desarrollo de un organizador frente a semejante hecho (Vega, E. 2013). Stern plantea que lxs bebés pueden, de alguna manera, darse cuenta de los procesos de auto-organización y responder selectivamente a ciertos eventos. Estos organizadores cerebrales lo ayudan a reconocer lugares (diferenciando luz-sombra, liquido-aire, etc), personas (encontrará algunas similitudes con quienes lo cuidan, construyendo así su pertenencia). Pero la circunstancia de la prematurez o de la patología posible puede hacer que el modo de vincularse se vea alterado. Una intervención posible para ello podría ser la de alentar el contacto con su madre o padre cuando tienen que hacerle un estudio o una intervención médica (apoyarle la mano, darle el chupete, ponerlo en el pecho de la mamá). Estas intervenciones son organizadoras para el bebé, en tanto brindan contacto, contención, sostén.

Por último, debemos tener en cuenta la situación en la que se encuentra el equipo tratante. No es lo mismo un equipo con experiencia de consistencia y congruencia respecto a sus expectativas y logros, que un equipo con experiencia de disonancia, conflicto y disociación. Porque esto también se transmite al momento del trabajo con los/as pacientes y sus familias. El estado de seguridad, ansiedad o temor de un/a niñ/a (o en este caso de los/as pacientes) es determinado por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (en este caso el equipo tratante). “*El equilibrio está en brindarse como figura de apego, sin que esto exceda los límites del cuidado personal”* (Vega, E. 2013).

Me pregunto muchas veces por el postparto o puerperio de la mujer, la cual puede estar rodeada de profesionales que asisten al bebé pero no a ella; durante el embarazo puede recibir mucha contención y cuidado profesional, lo cual es muy importante para su bienestar pero luego de nacido el/la bebé, e incluso en las mejores condiciones y con los mejores pronósticos ¿a qué rama o disciplina de la salud le cabe la mujer puérpera? Es ahí donde podemos ubicar especialmente a la Psicología Perinatal, como la ciencia que estudia y comprende el proceso por el que atraviesa una mujer en esta situación, muchas veces ignorada. Se trata de considerar nuestra labor tanto como “puente” entre los sujetos o factores implicados en una situación o problemática dada, como también agentes y profesionales de salud frente a una díada. Para la cual es imprescindible contar con un marco teórico preciso y consistente, que esté a la altura de las circunstancias, como también tener en cuenta el contexto sociohistórico en el que estamos inmersos/as. Lo cual implica considerar que estamos viviendo en una época donde la comunicación pareciera estar al alcance de todos/as pero al mismo tiempo más inaccesible que nunca, produciendo desencuentros e incomprensiones; ya sea por diferencias culturales, sociales, de clase, sobrecarga de trabajo, burn out, sobreinformación, falta de información, etc.

Y si de tener en cuenta el contexto sociohistórico se trata, tampoco podemos perder de vista nuestro posicionamiento o “estilo del terapeuta”, lo cual no implica solamente observar desde la patología, sino también desde el derecho; es decir, considerar a la salud como derecho y al sujeto de derecho con el/ la que trabajamos, desde la salud. Esto nos permitirá poder desnaturalizar ciertos maltratos o destratos teniendo en cuenta, por ejemplo, la ley de parto humanizado que resguarda los derechos de la persona gestante como del/ a recién nacido/a.