

Universidad de Palermo
Trabajo Final Integrador

El Trabajo del Psicólogo Perinatal en un
Hospital Zonal General Agudos

Autor: Chaile, Silvina

Tutor: Dra. Oiberman, Alicia

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. MARCO TEORICO.....	5
3.1. Antecedentes de la Psicología Perinatal.....	5
3.1.1 Revisión historia y evolución actual.....	5
3.1.2 La psicología perinatal.....	7
3.1.3 Psicología perinatal en Argentina.....	8
3.2. Modalidad de Trabajo del Psicólogo Perinatal.....	9
3.2.1 Modelo de salud preventiva.....	9
3.2.2 Perspectiva interdisciplinaria.....	11
3.2.3 Modelo de Maternidad Centrada en la Familia.....	13
3.2.4 Dispositivo de seguimiento de prematuros.....	14
3.3. El Psicólogo Perinatal.....	17
3.3.1 Características del psicólogo perinatal.....	17
3.3.2 Dispositivo de intervención perinatal. Entrevista psicológica perinatal.....	19
3.3.3 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	22
4. METODOLOGIA.....	23

4.1	Participantes.....	23
4.2	Instrumentos.....	24
4.3	Procedimientos.....	26
4.4	Tipo de estudio y diseño.....	27
5.	DESARROLLO.....	27
5.1	Descripción de la instrumentación de un Dispositivo de Intervención Perinatal (Entrevista Psicológica Perinatal) que utiliza el psicólogo perinatal como herramienta para detectar factores de riesgo psico-socio-perinatal.....	28
5.1.1	Viñeta clínica. Caso L.....	30
5.2	Descripción de la tarea del psicólogo perinatal en Orientación Psicológica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales desde una perspectiva de salud preventiva para el niño y su familia.....	32
5.2.1	Ejemplo de intervención perinatal en UCIN. Caso M.....	33
5.3	Descripción de la tarea del psicólogo perinatal en el Consultorio de Seguimiento de Prematuros desde un entrecruzamiento interdisciplinario.....	35
5.3.1	Intervenciones en el consultorio.....	37
6.	CONCLUSIONES.....	40
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
8.	ANEXOS	
8.1	Transcripción Entrevista Psicológica Perinatal. Caso L.	

1. INTRODUCCION

El presente trabajo final integrador se construyó a partir de las prácticas de habilitación profesional que se realizaron en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental Dr. Horacio J. A. Rimoldi (CIIPME), ubicado en Tte. Gral. Juan D. Perón 2158- Buenos Aires Argentina, dónde se practica una metodología experimental a veces asociada a formulaciones matemáticas y estadísticas y que emplea, cuando es posible, la cuantificación para estudiar el comportamiento humano.

La asistencia al CIIPME fue de martes y jueves por la tarde, las tareas que se realizaron en el mismo fueron de índole estadístico, sistematización de la información que surgen de las historias clínicas, recopilarlas en una base de datos; y observación a través de cámara *gesell* de la aplicación de diferentes técnicas de evaluación del desarrollo a niños, que asisten de forma particular o son derivados por médicos pediatras. Y en un Hospital Zonal General Agudos . Esta institución se encuentra ubicada en la Provincia de Buenos Aires.

Dentro de las diversas prácticas médicas y psicológicas que se realizan en el mismo, la práctica profesional en el establecimiento abarcó el área de la psicología perinatal, que incluye los servicios de neonatología, maternidad y el dispositivo de seguimiento de prematuros, a cargo de la Licenciada Mariela Mansilla.

La práctica se efectuó los días Lunes de 9 a 17 horas, durante la mañana las actividades se realizaron en una institución externa al Hospital en la cual funciona el consultorio de seguimiento de prematuros, en el mismo se trabaja de forma interdisciplinaria con un médico pediatra, una asistente social y una estimuladora temprana.

La tarea del psicólogo perinatal consiste en evaluar el desarrollo de los bebés prematuros a través de dos escalas EAIS y EEDP, también se realizan interconsultas con los demás profesionales acerca de problemáticas específicas de cada caso.

Durante la tarde la práctica fue llevada a cabo en el Hospital, donde se indagan los datos acerca de nuevos ingresos en neonatología y maternidad, y hacen seguimiento de los casos ya ingresados.

La actividad principal que se realizó como pasante consistió en acompañar al profesional psicólogo en sus tareas dentro y fuera del hospital, observar y recopilar datos, para luego debatir e inferir hipótesis acerca de los casos, discutir diferentes estrategias de acción e intervenciones posibles.

La práctica de habilitación profesional en las instituciones constató de una duración total de 280 horas distribuidas en las tareas mencionadas anteriormente.

De la experiencia en el Hospital se desprendió el siguiente trabajo final integrador que tiene como objetivo describir las tareas realizadas por el psicólogo perinatal durante la práctica profesional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

-Describir el trabajo del psicólogo perinatal en el servicio de neonatología, maternidad, y en el Consultorio de Seguimiento de Prematuros de un Hospital Zonal General .

2.2 Objetivos Específicos:

-Describir la tarea del psicólogo perinatal en el Consultorio de Seguimiento de Prematuros desde un entrecruzamiento interdisciplinario.

-Describir la tarea del psicólogo perinatal en Orientación Psicológica en la Unidad de Cuidados Intensivos desde una perspectiva de salud preventiva para el niño y su familia.

-Describir la instrumentación de un Dispositivo de Intervención Perinatal (Entrevista Psicológica Perinatal) que realiza el psicólogo perinatal como herramienta para detectar factores de riesgo psico-socio-perinatal.

3. MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes de la Psicología Perinatal

3.1.1 Revisión historia y evolución actual

Oberman (2008) menciona que durante muchos años se asignó a la temprana infancia y al niño pequeño un valor considerablemente menor que el asignado al niño mayor, al joven y al adulto.

Sin embargo, dicha valoración no considera adecuadamente y en su real magnitud y la gran complejidad y riqueza del niño pequeño.

En algunas épocas de la historia esta desvalorización apareció como un hecho generalizado y fue en base a ella que se construyó un código moral que legitimó el derecho de los adultos a ejercer el poder-muchas veces ilimitado y absoluto-sobre los bebés y niños.

Pero, si la especie humana se perpetuó a lo largo de miles de años, es porque siempre existió la percepción de la precariedad del recién nacido y su necesidad prolongada de cuidados.

Por ello el tema de la maternidad, de las relaciones madre-hijo, y sus condiciones de crianza y cuidado prevalecieron en distintos períodos desde la prehistoria hasta la actualidad.

Es en el siglo XX cuando la maternidad adquiere un nuevo sentido. Se extiende más allá de la autonomía física del niño, asumiendo la responsabilidad de garantizar su educación (Oberman, 2008).

En la segunda mitad de este siglo, se empiezan a reconocer oficialmente los derechos propios del niño. En 1946, las Naciones Unidas crean la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fundation), cuyo objetivo principal es el de ayudar a los niños que carecen de una buena alimentación educación y cuidados. Por otra parte, en 1959 se aprueba la Declaración Universal de los Derechos del Niño.

Lelong (1958) (como se citan en Fiszlelew & Oberman, 1995) menciona que fue el médico francés Caron, quien creó la palabra *puericultura* en 1865, y la definió como la ciencia de criar, higiénica y fisiológicamente a los niños.

Esta rama de la pediatría ponía énfasis en lo fisiológico, y desconocía el funcionamiento psíquico del niño, sin embargo apareció como forma de lucha contra las diversas causas de mortalidad infantil, fundamentalmente las desnutriciones y malnutriciones (Fiszelew & Oiberman, 1995).

En la década del '70 se desarrolla en Francia el concepto de *perinatalidad*, inspirado en ideas de Pinard de principios de siglo, poniéndose el acento en la consulta médica previa a la concepción, a la vigilancia médica del embarazo y a la facilitación de los nacimientos en los lugares técnica y humanamente adaptados (Vega, 2006).

Según Oiberman et al. (2009) la necesidad de la inserción de un agente de salud mental en las unidades de terapia intensiva neonatal se inicia con el surgimiento de la *neonatología*.

Santos (2008) expresa que la neonatología constituye una de las ramas de la pediatría que mayor avance ha tenido en las últimas décadas. A pesar que el nacimiento de esta disciplina puede rastrearse hace no muchos años atrás, su avance científico y tecnológico ha permitido lograr una reducción de la morbimortalidad neonatal. Esto trajo a escena nuevas preocupaciones y desafíos para la perinatología: el bebé sobreviviente y sus padres; surgiendo así nuevas líneas de intervención interdisciplinarias y de investigación.

El nacimiento de la neonatología y sus avances tecnológicos introdujeron escenarios diferentes en los que el vínculo madre-hijo se desarrollara.

Santos (2008) manifiesta que los intercambios vinculares entre la madre y su recién nacido internado se enmarcan en un ambiente medicalizado, aséptico, controlado y monitorizado. Las interacciones madre - hijo presentarán particularidades debido a este contexto: de ellas resaltamos que el bebé no está en brazos de su madre, sino dentro de una *incubadora*.

Es así que la incubadora, dispositivo tecnológico necesario para la vida del infante en ese momento, puede intervenir en la vinculación de la madre y su hijo de dos maneras: por un lado puede funcionar como *obstáculo*, es decir a modo de límite de plástico real que impide o dificulta el acercamiento y el contacto de vinculación con su hijo. Por otro lado, puede funcionar como *parte de*, es decir, como un dispositivo que interviene en la escena

pero no dificulta el acercamiento mutuo en los distintos registros de contacto: visual, corporal, verbal, acercamientos de posturas corporales, etc.

Si bien los vertiginosos avances en neonatología posibilitaron la sobrevivencia de niños que nacen en una prematuridad extrema o presentan patologías neonatales. Estos avances trajeron consigo nuevos desafíos a los profesionales que trabajan en el servicio de neonatología (Santos, 2008).

Los antecedentes de la psicología perinatal los encontramos en las matronas, en la psicoprofilaxis obstétrica, que permitió acompañar a la madre en el parto, logrando avanzar en partos sin temor, pero dejó el periodo del puerperio sin la atención específica que hoy en día, sabemos que requiere (Oberman et al., 2009).

3.1.2 La Psicología Perinatal.

La psicología perinatal es un área dentro de la psicología que abarca el momento del embarazo, parto, puerperio y los primeros meses de vida. El psicólogo perinatal trabaja con dos sujetos: la madre puérpera, el niño; y el vínculo entre ellos. Sus incumbencias abarcan diferentes áreas de la salud materno-infantil: obstetricia (embarazo, parto); salas de internación conjunta madre-hijo (madres y recién nacidos sanos); internación neonatal (bebés nacidos prematuros o con patología neonatal que requieren internación en neonatología); pediatría (consultorios pediátricos de niños sanos o de alto riesgo en relación al desarrollo cognitivo, psicomotor y emocional del niño menor de 3 años (Oberman et al., 2008).

El dispositivo psicológico perinatal tiene lugar especialmente, a partir de situaciones de alto riesgo, planteadas en la urgencia médica, tales como: las internaciones de bebés prematuros o por patologías neonatales en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatales (UTIN), o por patologías maternas, conflictivas psico-sociales y/o vinculares.

Oberman et al. (2008) destaca que el objetivo es incluir la dimensión psicológica en el abordaje de la problemática de la madre y el bebé, y ayudar a la madre en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Las intervenciones del equipo operan sobre las alteraciones que

pueden producirse en el proceso de embarazo, parto, puerperio y en los primeros tres años de vida del niño.

3.1.3 Psicología Perinatal en Argentina.

En cuanto al desarrollo de la psicología perinatal en Argentina, Vega (2006) escribe que la neonatología comienza en la década del '60. En la década del '40 el cuidado estaba centrado en el bebé; este modo de asistencia deterioraba el vínculo materno-filial, ya que dificultaba o impedía la lactancia

Así mismo, en las últimas décadas, especialmente a partir de 1970 se genera una corriente de humanización en la asistencia neonatal, incluyendo la participación activa de la pareja durante el parto y la aceptación de la internación conjunta madre-hijo (*rooming.in*), facilitando, de este modo, el redescubrimiento de las ventajas de la lactancia materna.

Actualmente distintos lugares de nuestro país cuentan con centros especializados públicos y privados. Algunos de ellos, mas dotados técnicamente y/o incluyendo equipos de psicólogos que, incorporados a la tarea cotidiana de cuidado, facilitan el diálogo institución-familia-bebe (Vega, 2006).

Desde Marzo de 1991, un equipo de psicólogos argentinos viene realizando un trabajo conjunto con neonatólogos, obstetras y pediatras, en las distintas áreas del servicio de neonatología y obstetricia del Hospital Materno Infantil "Ana Goitía" (Avellaneda, Provincia de Buenos Aires).

El trabajo cotidiano de este equipo consiste en acompañar diariamente la guardia neonatológica y obstétrica en un trabajo interdisciplinario, cuyo objetivo es incluir la dimensión psicológica en el abordaje de la problemática de la madre y el bebé, y ayudar a la madre en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Las intervenciones del equipo operan sobre las alteraciones que pueden producirse en el proceso de embarazo, parto, puerperio y en los primeros tres años de vida (Oiberman et al., 2007).

Oiberman et al. (2009) menciona además cuatro instituciones en las que se insertan estas actividades a través de convenios de asistencia, docencia e investigación entre la facultad de Psicología de la UBA, las instituciones son:

- Hospital Materno Infantil Ana Goitía (Avellaneda) desde el año 1992.
- Hospital Naval Pedro Mallo (C.A.BA) desde el año 2000.
- Fundación Hospitalaria (C.A.B.A) desde el año 2003
- Hospital Meléndez (Adrogué) desde el año 2007

Inicialmente, el ámbito de la neonatología fue exclusivamente médico. En nuestro país, hace aproximadamente 12 años, se integró al psicólogo en el trabajo de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (Vega, 2006).

3.2 Psicología Perinatal. Modalidad de trabajo.

3.2.1 Modelo de salud preventiva.

Algunos autores señalan que junto a la medicalización del parto en el devenir de la época actual, se ha dejado olvidada la importancia de los factores subjetivos implicados en este proceso. En contraposición a esto último, el trabajo de estos nuevos equipos más bien apunta, como sostiene Oiberman et al. (2007) a evaluar los recursos y capacidades de la madre, el padre y el bebé para acompañar las situaciones relativas al nacimiento, entendiéndolo y valorizándolo no solo como un hecho biológico sino incluyendo su dimensión significativa. No se trata de perder de vista el resultado, que tradicionalmente fue reducir la morbilidad materno-neonatal, sino de favorecer a través de un permanente control de calidad de la asistencia sanitaria factores protectores del vínculo y así promover interacciones facilitadoras de la evolución y desarrollo de la díada.

Nieri (2012) resalta que es necesario considerar que el psicólogo perinatal opera bajo la metáfora de *psicólogo de trincheras*, es decir, que opera mientras suceden los hechos, es por eso que debe tener flexibilidad teórica y práctica, ya que aborda diferentes situaciones.

Por su parte, Oiberman (2005) afirma que el psicoterapeuta perinatal opera según el encuadre de sesión única tanto preventiva como asistencialmente, en situaciones críticas.

En el caso de las situaciones de crisis en torno al nacimiento, el terapeuta debe estar en condiciones de asistir al paciente brindando la atención psicológica adecuada. La crisis es un estado de trastorno y desorganización, ocasionado por una exigencia vital que no logra tramitarse mediante los recursos personales acostumbrados.

Es oportuno llevar a cabo al menos una sesión durante la internación, ya sea obstétrica o del bebé en neonatología, tan pronto como sea posible. De esta forma, se busca minimizar el impacto de la situación de riesgo y amortiguar las consecuencias eventualmente patógenas para la familia.

Los psicólogos perinatales tienen, desde el punto de vista del aprendizaje la amplísima posibilidad de realizar tareas preventivas en salud mental, en el área materno-neonatal y a ver en acción el efecto multiplicador del trabajo sobre agentes de salud (enfermería, médicos, otras madres) (Oiberman, 2005).

Cuando un bebé nace prematuro o presenta una patología neonatal, se hace necesaria su internación en una *unidad de terapia intensiva neonatal* (UTIN). Se sabe que el bebé deberá superar algunas dificultades: no solamente deberá completar su desarrollo fuera del vientre materno en los casos de prematuridad o superar una dificultad de salud cuando presenta una patología neonatal; sino que además deberá enfrentar varios desafíos y algunos riesgos. Uno de esos desafíos será el establecimiento del vínculo madre-bebé inmerso en una situación particular: su internación en incubadora. Por lo que la importancia del vínculo temprano para el desarrollo psicoafectivo del niño nos lleva a detener nuestra mirada en esos primeros momentos de vida (Santos, 2008).

Nieri (2012) afirma que si bien el embarazo en sí mismo implica una crisis normal hay que tener en cuenta que el nacimiento de un niño en riesgo o con alguna discapacidad, provoca en la madre otra crisis circunstancial, es decir, que se provocaría una doble crisis: crisis de la maternidad y crisis circunstancial por la internación de su hijo en UTIN.

Este entrecruzamiento de crisis provoca en las madres un sentimiento de angustia, ansiedad, re-significación de problemas anteriores, entre otros. Es decir, que un bebé en la UTIN plantea en los padres un estado de pérdida de un bebé sano.

Oberman (2005) afirma que el trabajo del psicólogo, cuando puede acompañar la tarea conjuntamente, no por derivación, consiste en detectar estrategias de afrontamiento y facilitar el despliegue de las mismas. Que frente al impacto de la información, los diferentes modos de afrontar lo inesperado, permite conocer el perfil de cada familia y cada persona.

Ramirez (2009) afirma que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. .

Sostiene que si bien el nacimiento es un proceso normal y natural, incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones, de modo tal que resulte necesaria una intervención para obtener el mejor resultado.

Cantero (2010) enfatiza que el concepto actual de la atención de la embarazada no sólo implica la vigilancia estrictamente médica, sino que también considera a igual nivel los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, respetando las pautas culturales y asesorando acerca de los derechos de las mujeres en la atención del embarazo y parto. La participación del padre y familiares durante el control prenatal, educación y preparación psicofísica de la madre para el parto y la lactancia, y la participación del padre en el parto son actividades que deben completar la atención médica.

3.2.2 Perspectiva Interdisciplinaria.

La modalidad de trabajo perinatal consiste en una guardia hospitalaria diaria. El equipo acompaña diariamente la guardia neonatológica y colabora con obstetras y obstétricas en un trabajo interdisciplinario (Oberman et al., 2008).

Oberman et al. (2009) destaca que el abordaje interdisciplinario, el abordaje en equipo y el desarrollo de ideologías comunes compartidas por todos los profesionales de la salud, es una solución al enfoque parcializado de los problemas de la madre, el bebé y su familia.

Por ello, es tan necesaria la integración plena del psicólogo a los equipos de salud de los hospitales materno infantiles, con el propósito de que el agente de salud mental, en el futuro, pueda incorporarse a las prestaciones de guardia de los servicios materno infantiles.

Oiberman et al. (2009) afirma que la salud debe ser considerada como el resultado de un proceso en el que interactúan factores biogénéticos, psicológicos, sociales, culturales e históricos.

Sostiene que la psicología perinatal permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento desde una perspectiva integrativa de la salud mental.

El estudio de la primera infancia, más aun que el de otras etapas evolutivas, debe ser abordado desde un enfoque interdisciplinario, ya que el bebe-y el niño pequeño- , debe ser estudiado como un ser bio-psico-social (Fiszelew & Oiberman, 1995).

La modalidad de trabajo interdisciplinario, sustentada en el acompañamiento de un psicólogo a la guardia neonatológica y obstétrica se desarrolla con ciertas características específicas, entre las que Oiberman et al. (2008) resalta:

- Confluencia de “saberes” diferentes, estilo de trabajo conjunto con los otros profesionales del hospital: neonatólogos, pediatras, obstetras, enfermeras y trabajadores sociales.
- Aceptación de encuadres diferentes: la madre puede ser entrevistada frente a una incubadora o en la misma sala de parto: *in situ*, donde la crisis toma lugar.
- Aceptación de un espacio común con los médicos y enfermeras de guardia.
- Aceptación del psicólogo por parte de las guardias de obstetricia y neonatología.
- Flexibilización teórica y práctica para abordar situaciones muy diversas.
- Creación de estrategias de intervención a cada instante.
- Rol psicológico de mediatizadores entre la institución y el bebé en riesgo.
- Conocimiento del lenguaje específico tanto médico, de enfermeras como de la cultura del grupo familiar asistido.

3.2.3 Modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia.

En la guía otorgada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia sobre el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), Larguía et al. (2011) afirma que, el mismo constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna

El modelo MSCF a partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio:

- Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención: toda MSCF considera la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud. El modelo MSCF, para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención, se sustenta en tres principios.

- Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija: el modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija. La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo, que se sustenta en los siguientes principios básicos.
- Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio: el modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija. Los siguientes principios sustentan esta propuesta
- Uso de prácticas efectivas y seguras: el modelo MSCF promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

3.2.4 Dispositivo de Seguimiento de Prematuros.

Fiszelew y Oiberman (2000) (como se cita en Oiberman, 2008) sostienen que existe un consenso generalizado entre los expertos del crecimiento sobre la primera infancia como etapa crítica y fundamental en el desarrollo del ser humano.

No solamente el crecimiento físico tiene su máxima velocidad en este período, sino que es precisamente en él cuando el sistema nervioso central, en particular, tiene su mayor grado de plasticidad, lo cual permite que las condiciones positivas o negativas del ambiente físico, biológico y social tengan las máximas posibilidades de afectar en uno u otro sentido del desarrollo.

Los recién nacidos prematuros con peso menor a 1500g (recién nacidos de muy bajo peso) (RNMBP) presentan alto riesgo biológico y/o ambiental que no presentan los niños nacidos a término. Alto riesgo biológico por los antecedentes perinatales que presentan, y alto riesgo ambiental por la internación prolongada en las unidades de terapia intensiva neonatal (UCIN) y por provenir de medios deprivados socioeconómicamente. A estos niños se los considera de riesgo mixto. Por esta razón es necesario desarrollar programas de seguimiento multi e interdisciplinarios, a largo plazo (Tuduri et al., 2012).

El dispositivo de seguimiento de bebés de alto riesgo, surge para continuar con el objetivo de atender a aquellos bebés que han sido internados en neonatología y que requieran un seguimiento post alta, se realizan evaluaciones del desarrollo cognoscitivo y psicomotor. Las evaluaciones se realizan a través de diferentes test como ser la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz y/o la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (Oiberman et al., 2002).

Así mismo, desde UNICEF (2010) se fomenta la concientización acerca de los derechos de los prematuros, y uno de los derechos del mismo incluye acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento. Desde este organismo sostienen que los programas de seguimiento tienen por finalidad prevenir y atender problemas de salud vinculados a la prematurez, que pueden manifestarse a corto o a largo plazo, como dificultades en el crecimiento, en el desarrollo, en el aprendizaje, en el movimiento, en la visión o en la audición. El seguimiento de los prematuros de alto riesgo debe realizarse al menos hasta los 3 años de vida o, idealmente, hasta la edad escolar. Si un prematuro presenta una condición crónica compleja que justifique una atención especializada, puede necesitar seguimiento hasta el final de su adolescencia, con derivación programada a un centro de adultos.

Tuduri et al. (2012) menciona que uno de los desafíos de los programas de seguimiento a largo plazo es la adhesión a los mismos.

La atención a largo plazo de los RNMBPN permite acompañar a estos niños en su crecimiento, en su desarrollo y en sus aprendizajes futuros.

Por lo que el equipo multi e interdisciplinario debe reconocer ya durante la internación en la UCIN la existencia de problemas sociales y/o familiares, para ponerlos en conocimiento a los trabajadores sociales y otros profesionales pertinentes a fin que presten la atención necesaria.

Tuduri et al. (2012) destaca que los recién nacidos de alto riesgo deben continuar a largo plazo a través de un programa de seguimiento. Es necesario recrear estrategias de detección precoz de la deserción para mejorar la adherencia de las familias de grupos vulnerables por la implicancia que tiene esta en el neurodesarrollo, la salud y educación a futuro.

Según la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo administrada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación desde la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (2005) el seguimiento de los recién nacidos de riesgo debe incluirse dentro de los servicios clínicos preventivos cuyas estrategias prioritarias son: consejería (pautas de crianza, lactancia materna, prevención de accidentes) sin dejar de escuchar o indagar las inquietudes de los padres, *screening* o tamizajes (auditivos, visuales, del neurodesarrollo) y de tratamientos preventivos con medicamentos o similares (vacunas, minerales, vitaminas, leche materna).

Es una actividad interdisciplinaria por excelencia, incluso en sus aspectos de investigación, y enfoca el crecimiento y desarrollo de los niños de riesgo en una forma integral (biológica, psicológica y socialmente) poniendo de relieve la importancia de las interacciones entre el equipo de salud y familia, evitando la atomización en la atención de los niños.

El personal necesario para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo debe adecuarse al nivel de complejidad y a los recursos que se realiza la atención. En la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2005) mencionan entre otros a médicos pediatras, enfermeras, especialistas básicos, neurólogos y cardiólogos, y profesionales de otras disciplinas como trabajadores sociales, psicólogos, psicopedagogos, foniatras, fisioterapeutas, rehabilitadores, oftalmólogos, cirujanos, anestesistas, etc.

Todo el equipo, cualquiera sea el nivel de pertenencia, debe compenetrado con la situación especial de estos niños y sus familias, de sus riesgos elevados y, como se mencionara anteriormente, responsable de una alta calidad en la atención, con trato personalizado, cuidadoso en las referencias y contra referencias tan frecuentes en estos pacientes, manteniendo respeto a los integrantes de otros niveles de atención.

Ningún programa de seguimiento podrá ser exitoso si no tiene en cuenta a los padres del niño, su medio social, su propia idiosincrasia, sus sentimientos frente a las circunstancias especiales que rodearon el nacimiento y el conocimiento íntimo del niño que llevan a su hogar.

Debe reconocerse, así mismo, que numerosos problemas de salud perinatal, entre ellos el bajo peso al nacer, están asociados fuertemente al nivel socioeconómico, existiendo numerosos indicadores útiles para una adecuada identificación de familias de alto riesgo (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2005).

3.3. El Psicólogo Perinatal

3.3.1 Características del Psicólogo Perinatal.

Vega (2006) describe una investigación llevada a cabo durante el año 2001 sobre el estilo personal del terapeuta neonatal, cuyo objetivo principal es describir el perfil del psicólogo que se desempeña satisfactoriamente como terapeuta en unidades de cuidado intensivo neonatales.

Los resultados obtenidos en la mencionada investigación muestran que es un campo de aplicación diferente al habitual, con las características previamente mencionadas, como ser que no se desarrolla en un ambiente físico clásico –consultorio-, ni se rige por las reglas mas frecuentes de la psicoterapia en cuanto a horarios y honorarios, etc., los terapeutas deben manejarse con un encuadre (o *setting* terapéutico) mas flexible.

La atención psicológica en estos servicios puede tomar diferentes cauces y orientaciones teóricas, los terapeutas pueden tener perfiles similares a los que trabajan en otras áreas, pero una restricción existente es que se muestran mas flexibles que la media de la muestra control (Vega, 2006).

Entre alguna de las tareas específicas que debe desarrollar el psicólogo perinatal, Oiberman et al. (2009) menciona:

- Guardia diurna psicológica en Unidad de Terapia Neonatal, es decir acompañar la guardia neonatal y atender a las familias cuyos bebés permanecen en la Unidad de Terapia Neonatal, ya sea por prematuridad o patologías neonatales. Consultoría psicológica en Unidad de Cuidados Intensivos, intervenciones psicológicas en situaciones de riesgo.

- Obstetricia, acompañar a las madres que permanecen en las salas de internación obstétrica, por embarazos de alto riesgo obstétrico desde pocos días hasta meses, también se trabaja interdisciplinariamente en sala de parto, parto y quirófano, en el caso de las cesáreas.

- En el consultorio de seguimiento de bebés de alto riesgo, se realizan evaluaciones del desarrollo cognoscitivo y psicomotor a los bebés que han sido internados en neonatología y requieren seguimiento post alta. Las evaluaciones realizan a través de la EAIS: Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz y de la EEDP: Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor.

- *Rooming* psicológico, reside en acompañar a los médicos neonatólogos en el control diario del niño sano recién nacido con el objetivo de detectar e intervenir en situaciones de riesgo vincular, falta de registro materno, dificultades de lactancia entre otros.

- La atención psicológica en internación pediátrica, implica acompañar al niño internado y sus familias.

- Curso de psicoprofilaxis obstétrica realizado por un equipo interdisciplinario.

- Consultoría psicológica en la internación pediátrica a niños de 0 a 3 años, se trabaja en el asesoramiento al equipo en el manejo de los niños y sus familias; administración de escalas y de evaluación psicológica.

- Trabajo interdisciplinario con el equipo de salud.

- Visitas de abuelos y hermanos a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, actividad coordinada por la psicóloga perinatal

- Reuniones de padres de niños internados en Terapia Intensiva Neonatal, donde se brinda un espacio de intercambio entre los padres que comparten esta experiencia, junto

con el equipo médico y de enfermería, con el objetivo de normalizar la experiencia, facilitar la expresión emocional y generar esperanza constructiva.

En cuanto a los objetivos del psicólogo perinatal cuando atiende a la diada madre-hijo, Vega (2006) menciona:

- Facilitar el desarrollo de la relación.
- Optimizar la interacción entre ambos.
- Ayudar a la madre a entender a su hijo.
- Disminuir los niveles de culpabilidad.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir el rechazo que pueda llegar a presentar la madre frente al bebé.
- Apaciguar las ansiedades.

3.3.2 Dispositivo de Intervención Perinatal. Entrevista Psicológica Perinatal.

Debido a que los pacientes son dados de alta cuando el criterio clínico médico lo indica, es necesario que la intervención psicológica inicie y finalice en el mismo encuentro.

La herramienta con la que cuentan los psicólogos perinatales para tal efecto es las entrevistas de sesión única. El objetivo en estas entrevistas de sesión única, que presentan un inicio, desarrollo y cierre, es intervenir en la crisis por la cual la madre está transitando.

Una de las cosas más importantes de la entrevista única es que desplaza la atención del terapeuta, desde lo que él piensa que está haciendo durante el proceso terapéutico, a lo que efectivamente está pensando. No hay tiempo de reflexionar acerca de la estrategia terapéutica, en términos de analizar la transferencia, revisar creencias irracionales, o alterar estructuras familiares, sin embargo los pacientes parecen mejorar en el mismo porcentaje que en los demás estilos de psicoterapia, y en grado mayor que el esperado de la evolución natural o la administración de placebos (Oiberman, 2005)

Frank (1973) (como se citan en Oiberman, 2005) afirma que las terapias de sesión única proveen un encuadre terapéutico para el desarrollo de un vínculo sanador, en el que están implícitos la esperanza y la posibilidad de emprender cambios significativos.

Rosembaum y Dyckman (1994) (como se cita en Oiberman, 2005) sostienen que los terapeutas que están abiertos a la idea de una sesión única, valoran el aquí y ahora, perdiendo la oportunidad de que algo ocurra más tarde o en la próxima sesión. El concepto de sesión única alude a un profundo respeto por el potencial paciente, desestimando la ilusión de que la terapia va a ofrecer al paciente algo que le es ajeno.

La Entrevista Psicológica Perinatal es una entrevista semidirigida –de sesión única–, que contempla los sucesos significativos de vida (*life event*) que pueden influir durante el embarazo y parto, con el objetivo de: atender psicológicamente a las pacientes e introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades (Oiberman et al., 2008).

Con el propósito de incorporarla a la historia clínica obstétrica y neonatal, la entrevista fue transformada en un instrumento de fácil interpretación para el equipo médico.

Incorporar a las historias clínicas un protocolo que detecte factores psicológicos, implica el reconocimiento de la dimensión psicológica en ámbitos tan influidos por el saber médico (Oiberman, 2005).

Oiberman et al. (2008) expresa que la modalidad de trabajo, a través de las entrevistas de sesión única, es ir creando un vínculo que le posibilite a la vez crear un marco contenedor, que permita la puesta en palabras de la crisis, las cuestiones que se resinifican con la maternidad, e ir decodificando a la madre, permitiendo así un reordenamiento subjetivo que le proporcione un mejor establecimiento vincular con el hijo.

Oiberman (como se cita en Mansilla et al., 2010) describe que la misma toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación única socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año.

Mansilla et al. (2010) describe que la EPP se administra entre las 24 y 72 hs. de producido el nacimiento, y que permite clasificar la problemática materna en las siguientes categorías de *Life Events*:

1. Sucesos significativos (*life events*): 22 clases de sucesos discriminando si el mismo ocurrió en el último año o en años anteriores. Han sido clasificados:
 - 1.1 Pareja: separación durante el embarazo, violencia, otros.
 - 1.2 Muertes: muertes de hijos previos, de la pareja, de otros familiares o personas cercanas, abortos.
 - 1.3 Social: desocupación, problemas económicos, violencia familiar, violencia barrial, policial, familiar preso, adicciones, desarraigo, abuso sexual o violación a la madre, abuso sexual o violación a alguien del entorno, otros.
 - 1.4 Problema actual: accidentes, enfermedades, mudanzas (traslado durante el embarazo), otros.
 - 1.5 Problemas con otros hijos: patología similar en otro hijo, preocupación por otros hijos, abandono o sustracción de otro hijo, otros.

Se registran los sucesos significativos que la madre trae al momento de la entrevista, percibidos como preocupantes para ella. Estén o no relacionados con su maternidad. Se administra a madres internadas con bebés sanos y a madres sanas (sin patología posparto) cuyos bebés están internados por patología neonatal o prematuridad.

Oberman (2005) destaca que si bien el trabajo realizado no puede evitar que estas mujeres padezcan situaciones de estrés, el psicólogo perinatal facilita su detección y ayuda a descubrir sus estrategias de afrontamiento y sus propios factores de protección: ello colabora y favorece el normal desarrollo del embarazo, parto y puerperio.

Detectar los denominados sucesos significativos, implica tener en cuenta que el sentido del embarazo, del parto y del puerperio, no se puede pensar solo desde el acto médico, sino que la constelación familiar, de pareja y social, y que son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y nacimiento.

A partir de los resultados obtenidos de la sistematización de 424 entrevistas correspondientes al año 2006 en los servicios de neonatología de los hospitales: Materno

Infantil Ana Goitía (Avellaneda), Hospital Naval Pedro Mallo (ciudad de Bs. As), Hospital Meléndex (Adrogué; y Fundación Hospitalaria (ciudad de Bs As), se comprobó que la palabra emerge cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos, siempre y cuando los psicólogos perinatales ofrezcan un espacio adecuado, para la puesta en marcha de dicho proceso (Oiberman et al., 2008).

3.3.3 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Oiberman (2005) describe la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) como un lugar en el que podemos observar el inicio, desarrollo y resolución de una experiencia de crisis muy específica. Se trata del trabajo con los padres, madres, médicos y enfermeras de los niños que, por dificultades neonatales o perinatológicas, debieron permanecer internados. Con esto nos referimos a niños prematuros y/o con patología neonatal.

Entre las funciones del psicólogo perinatal en la UCIN, Nieri (2012) menciona dos: la de ser el nexo entre los padres del bebé y los médicos, con el fin de poder traducir y transmitir el lenguaje técnico de los médicos.

Otra función del psicólogo en esta área es que los padres acepten la realidad del bebé y que a su vez, puedan conectarse con él –tocándolo, tomándolo en brazos, retirándolo de la incubadora, etc. Asimismo es necesario tener en cuenta que en muchos casos el desenlace del bebé no se da rápidamente sino que es un proceso largo, en donde es necesario sostenerlo y acompañarlo. Aquí la intervención del psicólogo es para reforzar el vínculo madre-padre-bebé, para que este último se sienta sostenido.

Además que la participación activa de las madres en las UTIN es beneficiosa para sus recién nacidos, mejora su crecimiento, disminuye el riesgo de infecciones y se asocia con mayor producción de leche humana.

La situación de internación conecta a las madres con una realidad que es desconocida para la mayoría de las personas: cuidados intensivos para bebés diferentes, es decir, mas chiquititos, mas vulnerables o enfermos (Oiberman, 2005).

Nieto et al. (2011) en una investigación realizada acerca de la participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de maternidad centrada en la familia, concluye que la proximidad de la madre a la unidad de cuidados intensivos neonatales durante la mayor parte del día en casi el 90% de los casos, favorece la interacción de las mamás con el equipo de salud pero por sobre todo con su hijo.

Es valioso para estas madres, hablar sobre la situación que atraviesan porque esto las ayuda a desplegar estrategias para afrontarlas. Hablar les permite transmitir su aprendizaje a otras compañeras y sentirse útiles a pesar de que a veces sientan que las máquinas hacen todo por ellas. Escuchar a otras que atraviesan dificultades también les infunde valor para atravesar la crisis (Oberman, 2005).

Una herramienta a emplear por parte del psicólogo perinatal en la UCIN es la *escala de observación del vínculo madre - bebé internado en incubadora en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales* (Santos, 2008), la misma constituye un método de observación vincular específicamente desarrollado para la situaciones de internación prolongada, que contempla las variables particulares de la UCIN y posibilita una evaluación mas adecuada del vínculo madre - hijo internado en Neonatología.

Dicha escala tiene el propósito de detectar situaciones de riesgo vincular mientras el bebé se encuentra internado en incubadora, aquellos casos en los que sea necesaria una intervención psicológica perinatal debido a la importancia del vínculo temprano para el desarrollo del infante. La importancia de esta detección radica en poder intervenir preventivamente, a partir del descubrimiento de situaciones de riesgo vincular. Esta detección permitirá intervenir pertinentemente, ya sea a través de una derivación oportuna a un profesional de la salud mental o como herramienta de trabajo diario de psicólogos neonatales.

4. METODO

4.1 Participantes

El grupo de estudio estaba constituido por un Psicólogo Perinatal, egresada de la Universidad de Buenos Aires en el año 2000, quien trabaja en un Hospital Zonal General Agudos.

Los pacientes (bebés, madres, familias), y profesionales (médicos, enfermeras, asistente social, estimuladora temprana) del Hospital que asisten al consultorio de seguimiento de prematuros, y/o que pasaron por el servicio de maternidad y el servicio de neonatología del hospital, entre los casos que se analizan:

- L de 29 años, trabaja, terciario completo, internada en la sala de maternidad, motivo de internación parto prematuro de 32 semanas de gestación.
- M de 35 años, no trabaja, secundario incompleto, quien asiste a la UCIN debido a la internación de su bebé recién nacido de 30 semanas de gestación.
- MR, quien asiste de forma regular al consultorio de seguimiento de alto riesgo, prematuro de 32 semanas de gestación. Madre de 27 años, no trabaja, estudios secundarios completos. Padre de 32 años, trabaja, estudios secundarios completos.

4.2 Instrumento

La recolección de datos se obtuvo por medio de observación directa no participante a pacientes y profesionales que asisten al consultorio de seguimiento de prematuros, en el servicio de maternidad y en el servicio de neonatología del hospital; y se analizaran los datos provenientes de:

- o *Entrevista Psicológica Perinatal. (EPP), de A. Oiberman et al. (2000).*

La EPP consiste en una entrevista psicológica semidirigida de sesión única que toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos suscitados durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año u años anteriores que se resignifican en ocasión del embarazo en curso o nacimiento. La EPP se administra entre las 24 y 72 horas de producido el nacimiento.

La lectura del registro de seguimiento de prematuros que incluye la aplicación:

- *La Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz. (EAIS), de A. Oiberman et al. (2002).*

El test de inteligencia utilizado, la EAIS, es una prueba diagnóstica cualitativa del desarrollo de la inteligencia de niños de 6 a 24 meses que cursan el período sensorio-motriz, según Piaget, basada en las escalas de Casati y Lezine y la de M. Hauessler entre otras. Estima el desarrollo de la inteligencia sensorio-motriz o práctica del niño en los seis estadios comprendidos en dicho período sensorio-motriz, y su resultado es recogido en percentiles en tablas adecuadas (Oiberman et al., 2002).

Es un método de estimación indirecto, del nivel de desarrollo alcanzado por el niño, pero que permite determinar con buena precisión los mecanismos intelectuales propiamente dichos. Se basa en la observación directa de la conducta del niño frente a diversas situaciones propuestas por el examinador (Oiberman et al., 2002)

La escala propuesta estudia los estadios de la inteligencia sensoriomotriz de 6 a 24 meses. Consta de 45 pruebas y considera sólo cuatro situaciones diferentes llamadas series que se limitan a los siguientes temas:

- Serie A. Exploración del objeto (espejo y cajita). Contiene 7 pruebas.
- Serie B. Búsqueda del objeto desaparecido (conductas para suprimir obstáculos, pantallas rígidas o de tela). Consta de 8 pruebas.
- Serie C. Utilización de intermediarios. Está compuesta por tres subseries diferentes: C1: cinta, contiene 5 pruebas, C2: soporte, está formado por 8 pruebas y C3: instrumento, que consta de 7 pruebas. En esta serie se le proponen al niño distintos intermediarios (cintas, retazo de tela, rastrillo, palo y disco de madera) como medios para obtener el juguete propuesto.
- Serie D. Combinación de objetos, contiene dos subseries: D1, tubo-rastrillo y D2, tubo-cadena, ambas constan de 5 pruebas cada una. Se administran solamente a partir de los 14 meses

- *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), de S. Rodríguez et al. (1996).*

La E.E.D.P. desarrollada por Rodríguez, S; Arancibia, V; y Undurraga, C; es de importancia en la detección de alteraciones del desarrollo, en la prevención de trastornos

del desarrollo y aprendizaje, así como en la implementación de intervenciones y derivaciones oportunas y tempranas.

La escala consta de 75 ítems 5 por cada edad. La puntuación de ítems no admite graduaciones, existiendo solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la tarea propuesta. Se consideran quince grupos de edad entre los 0 y 24 meses; a saber: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21, y 24 meses.

Las áreas del desarrollo evaluadas por la E.E.D.P mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes:

- Motora (m): La conducta motora comprende la motilidad gruesa. Coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.
- Lenguaje (l): esta área abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisiones verbales.
- Social (s): el comportamiento social se refiere a la habilidad del niño por reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.
- Coordinación (c). Comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones.

La escala mide el grado de desarrollo psicomotor en las áreas señaladas, en base a dos técnicas:

- Observación: se observan las conductas del niño frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador.
- Preguntas: se interroga a la madre o acompañante del niño, sobre conductas de éste ante situaciones específicas que el examinador no puede observar durante el desarrollo de la prueba.

4.3 Procedimiento

Se realizó una observación directa no participante a pacientes y profesionales, una vez por semana, con una carga horaria total de 120 horas, con el fin de percibir y conocer las características de funcionamiento del equipo, su metodología de trabajo, las rutinas, intervenciones, etc.

La misma consistió en acompañar al psicólogo perinatal en sus tareas laborales, observar y recopilar los datos obtenidos de las entrevistas realizadas por el profesional a los pacientes, llenar los protocolos de los diferentes instrumentos utilizados, como ser la Entrevista Psicológica Perinatal o la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, que eran administrados por el psicólogo perinatal.

Participar de los encuentros realizados con los diferentes profesionales en el hospital y fuera de él en el consultorio de seguimiento de prematuros, donde se discutían los casos y debatían estrategias de intervención.

Se analizaron los archivos, legajos, historias clínicas, u otros documentos que aportaron datos acerca de las tareas que realiza el psicólogo perinatal, entre los que se incluyen la EPP administrada a una madre internada en la sala de maternidad, y los datos obtenidos de la administración de la EEDP y EAIS a un paciente que asiste al consultorio de seguimiento de prematuros.

4.4 Tipo de estudio y diseño

Estudio descriptivo. Análisis de Caso.

5. DESARROLLO

En el desarrollo del presente trabajo se responderá a los objetivos propuestos, describiendo las actividades realizadas por el psicólogo perinatal en los diferentes servicios del Hospital.

Al Hospital Zonal General Agudos, asisten pacientes de los partidos aledaños, cuya muestra poblacional en general de clase social baja, y/o carenciada, con bajos recursos.

La psicóloga perinatal ingresa al hospital en el año 2006 trabajando ad honorem, y como psicóloga de planta desde el año 2009.

Desde el Hospital se trabaja con el modelo de maternidad centrada en la familia.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna

El modelo MSCF a partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país (Larguía et al., 2011).

5.1 Descripción de la instrumentación de un Dispositivo de Intervención Perinatal (Entrevista Psicológica Perinatal) que utiliza el psicólogo perinatal como herramienta para detectar factores de riesgo psico-socio-perinatal.

El psicólogo perinatal en el hospital , trabaja, entre otros, en los servicios de maternidad, donde recibe interconsultas por parte de los médicos para atender a aquellas madres con bebés sanos en las que se detecta alguna situación de riesgo psico-socio-perinatal, al recibir la derivación, interviene a través de una entrevista de sesión única, que es administrada en la sala de maternidad, donde se encuentra internada la madre, o en neonatología, en donde la mamá se encuentra acompañando a su bebé.

Debido a que los pacientes son dados de alta cuando el criterio clínico médico lo indica, es necesario que la intervención psicológica inicie y finalice en el mismo encuentro.

El objetivo en estas entrevistas de sesión única, que presentan un inicio, desarrollo y cierre, es intervenir en la crisis por la cual la madre está transitando (Oiberman, 2005).

Es importante desatacar *el contexto* en el que se administra la EPP, el mismo incluye un encuadre diferente del consultorio clásico, ambos servicios son compartidos por otras pacientes, donde circulan médicos, enfermeras, y/o familiares de los pacientes. En el hospital, la sala de maternidad cuenta con un total de 36 camas.

Y la demanda, que no ocurre espontáneamente por el paciente, sino que proviene del servicio.

Es oportuno llevar a cabo al menos una sesión durante la internación ya sea obstétrica o del bebé en neonatología, tan pronto como sea posible. De esta forma se busca minimizar el impacto de la situación de riesgo y amortiguar las consecuencias eventualmente patológicas (Oiberman, 2005).

La EPP incluye un protocolo de preguntas, que si bien está sistematizado, su administración varía dependiendo el caso, por eso es importante desatacar la flexibilidad del psicólogo ante las demandas de la situación.

Puede ser que una determinada pregunta dispare en la madre ansiedad, angustia, o alguna reacción en la que es importante profundizar, antes de seguir con los demás ítems.

El psicólogo perinatal completa los ítems del protocolo, y a la vez escribe apreciaciones que consideraba significativas acerca de la conducta de la madre y de la diada.

El protocolo es adjuntado a la ficha médica del bebé, para consulta de los médicos, y la psicóloga conserva una copia con sus apreciaciones para sus registros, y seguimiento.

Del análisis del dispositivo de intervención perinatal, se destacan tres características:

- Tiene un valor *preventivo*: permite detectar factores de riesgo psico-socio-perinatales.
- Es una herramienta *diagnostica* de patologías psíquicas maternas y vinculares.
- Es una *intervención* en sí mismo, que comienza se desarrolla y concluye en un solo encuentro.

A modo de ejemplo se realizó una viñeta clínica de una primera entrevista realizada a una mamá de un recién nacido pre-termino.

La finalidad de esta primera entrevista consiste en evaluar los factores de riesgo psico-socio-perinatales que pueden afectar a la mamá y a su bebé y que pueden llevar a considerar este vínculo como de *riesgo psicológico*.

La primera entrevista psicológica permite un primer acercamiento a la paciente y a su historia con el bebé y deja abierta la posibilidad de retomar temas que son enunciados, a veces tímidamente, por ellas.

Oiberman et al. (2008) expresa que la modalidad de trabajo, a través de las entrevistas de sesión única, es ir creando un vínculo que le posibilite a la vez crear un marco contenedor, que permita la puesta en palabras de la crisis, las cuestiones que se resinifican con la maternidad, e ir decodificando a la madre, permitiendo así un reordenamiento subjetivo que le proporciones un mejor establecimiento vincular con el hijo

5.1.1 Viñeta Clínica. Caso L.

Datos de la madre

Nombre: L

Edad: 29 años

Escolaridad: terciario completo, profesorado de educación física.

Trabaja: si

Datos del bebé:

Edad gestacional: 32 semanas

Peso: 1520kg.

La psicóloga se acerca a la cama donde L está sentada y se presenta, le comenta que es la psicóloga de *neo* del hospital y que le gustaría hablar con ella, hacerles algunas preguntas de rutina, y conversar acerca de la situación que está atravesando por tener a su

bebé internado, sabe que no es una situación fácil para una madre, por lo que le gustaría conversar con ella.

Durante toda la entrevista L estuvo sentada, estaba esperando el alta médico, por lo que se encontraba con su bolso armado y cambiada.

La primer parte de la entrevista indaga acerca de los datos socio demográficos de la mamá, sobre su escolaridad, y si trabaja o no. Esto datos nos pueden dar una pauta acerca de su condición social.

También se indaga sobre su situación de pareja, si tiene otros hijos, o es una madre primeriza, a partir de lo cual podemos deducir acerca de su situación familiar y detectar posibles factores de riesgo en este nivel, si cuenta o no con el apoyo del padre y/o de su familia.

L es una madre joven, que trabaja de lo que estudió, al igual que su pareja, tienen ambos un trabajo estable, lo que les proporciona una seguridad económica.

Están en pareja hace dos años, y conviven desde que se enteraron que iban a ser padres.

En una segunda parte se analiza acerca del desarrollo del embarazo, L es madre primeriza, y si bien el embarazo no fue buscado, fue aceptado y promovió en la pareja que se fueran a vivir juntos.

Si bien destaca que el parto haya sido prematuro la lleva a sentir que su embarazo fue muy rápido, comenta que se imaginó a su bebé, que soñaba que era varón y que se iba a parecer a su pareja.

Se hizo los controles necesarios, lo que indica que fue responsable y dedicada con su embarazo, y se sintió emocional y físicamente bien durante su desarrollo, excepto por las náuseas del primer trimestre.

Una tercer parte de la entrevista indaga acerca de los sucesos significativos mencionados como tales por la madre.

En algunas entrevistas los sucesos significativos, o *life events*, aparecen en el discurso de la madre de forma espontánea, en el caso de Laura no menciona ninguno, solo la mudanza al enterarse que estaba embarazada, pero no lo sugiere como un hecho traumático o que le haya generado malestar.

En cuanto al impacto ante el nacimiento de su bebé prematuro, comenta que en un primer momento sintió mucho miedo y que solo se tranquilizó cuando vio a su bebé.

Estaba acompañada por su pareja en ese momento, del cual recibe contención, y también menciona a su mamá como una figura de apoyo.

Comenta que se siente esperanzada por el diagnóstico de los médicos, y dispuesta a acompañar a su bebé en este proceso de internación.

Para cerrar la entrevista la psicóloga le comenta a L lo importante de estar acompañada en este proceso, que se pueda apoyar en su familia, y estar presente la mayor parte del tiempo posible en la neo, acompañando a su bebé, hablarle, mimarlo, y cuidarlo.

A lo que asiente y escucha con atención. Luego se despiden y finaliza la entrevista.

(Ver entrevista completa en anexos).

A partir del análisis de la entrevista, teniendo en cuenta la situación de crisis que atraviesa la madre, se puede concluir que L atravesó un embarazo *normal*, si bien no fue un embarazo buscado, fue aceptado y deseado tanto por ella como por su pareja.

Se la observó conectada con la situación que estaba atravesando, si bien se emociona cuando habla de su bebé, no se percibe angustia o malestar, es importante desatacar el apoyo que recibe de parte de sus pares, lo que da cuenta de una red fuerte y estable, que seguramente le proporciona tranquilidad y seguridad.

Su condición socio-económica es estable, durante el desarrollo de la entrevista no se detectaron factores de riesgo significativos que den alerta al psicólogo, su discurso es coherente y se la observa emocionalmente estable.

Si bien el trabajo realizado no puede evitar que estas mujeres padezcan situaciones de estrés, el psicólogo perinatal facilita su detección y ayuda a descubrir sus estrategias de afrontamiento y sus propios factores de protección, ello colabora y favorece el normal desarrollo del embarazo, parto y puerperio (Oiberman, 2005).

5.2. Descripción de la tarea del psicólogo perinatal en Orientación Psicológica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales desde una perspectiva de salud preventiva para el niño y su familia.

El trabajo del psicólogo perinatal en el hospital consiste en realizar un abordaje integral con la familia, acerca de los miedos y dudas que surgen por el hecho de tener internado a su bebé.

El área de neonatología resulta ser un espacio diferente al resto de los servicios del hospital, los profesionales, tanto enfermeros como médicos, se encontraban muy familiarizados con el trabajo del psicólogo, a quien recurrían e informaban de los cambios ocurridos durante su ausencia, al igual de cualquier indicio que les llamara la atención y/o que consideraban relevante para que el psicólogo interviniera.

Por lo que el trabajo con los médicos y enfermeros es fundamental en este ámbito ya que son quienes están presentes en el servicio la mayor parte del tiempo.

El intercambio con los profesionales surge como una necesidad para saber si las madres asisten a ver a sus bebés, el tiempo que se quedan, si observan alguna situación extraña, que les dé cuenta que la madre no se conecta con el bebé, que no se involucra en su cuidado, si es solo la madre la que lo visita o también el padre, si la familia asisten a las visitas de abuelos.

Todas estas pautas son importantes para poder detectar situaciones de riesgo social-psicológicas-perinatales, en donde el psicólogo debe intervenir oportunamente.

El nacimiento de la neonatología y sus avances tecnológicos introdujeron escenarios diferentes en los que el vínculo madre-hijo se desarrollara en las unidades de terapia intensiva (Santos, 2008).

Entre las funciones del psicólogo en la UCIN Nieri (2012) menciona dos: la de ser nexo entre los padres del bebé y los médicos, con el fin de poder traducir y transmitir el lenguaje técnico de los médicos.

Y la de que los padres acepten la realidad del bebé y que a su vez puedan conectarse con él, tocándolo, tomándolo en brazos, retirándolo de la incubadora etc.

A modo de ejemplo se desarrollará una intervención perinatal en la UCIN donde se evidencia el trabajo del psicólogo perinatal en la UCIN.

5.2.1 Ejemplo de intervención perinatal en UCIN. Caso M.

Datos de la madre: 35 años, en pareja estable, primer hijo, secundario incompleto, no trabaja.

Datos del bebé: prematuro de 30 semanas, peso 1200kg, internado en UTI hace 5 días.

Durante el recorrido habitual en la UCIN, se acerca una mamá a la psicóloga para agradecerle haber podido hablar con ella, expresa que ahora se sentía mucho más tranquila, porque que veía a su bebé más grandecito y mejorando.

La mamá se la observa tranquila y contenta, habla de forma rápida y clara.

Cuenta que le habían dado el alta hace 3 días, y que desde entonces viene todos los días a la UCIN, la psicóloga le remarca el hecho importante de que esté presente para su bebé, que pueda venir y acompañarlo mientras está internado, y ella asiente y le cuenta que le cuesta un poco llegar porque tiene que tomarse dos colectivos, pero que no le importa, lo único que le importa es su bebé, y que verlo mejorar de a poquito la hace sentir bien.

Se emociona al contar esto, pero no se la percibe angustiada.

La psicóloga le pregunta por su marido, si había podido venir también a acompañarla a lo que contesta que sí, pero que como trabaja se le complica más, que siempre pasa un rato al medio día, y después se va a trabajar.

Le comenta que ayer había podido alzar al bebé por primera vez, que las enfermeras la habían ayudado, le pregunta cómo se había sentido, y responde que re bien, que al principio le dio un poco de cosa por los cables y esas cosas, pero al alzarlo después no le importo.

La psicóloga le comenta acerca de los *canguros* que están disponibles en la UCIN para usar, si estaba al tanto a lo que responde que no.

Le comenta que los canguros son una especie de *top* que se ponen las mamas para después poner al bebe adentro y así estar en contacto piel a piel con el mismo, que está comprobado que favorece la recuperación del bebé, y además ayuda al vínculo entre ambos, que si ella estaba dispuesta le preguntamos a las enfermeras y lo podes usar ahora mismo, a lo que respondió que sí que le encantaría.

La psicóloga llama a una de las enfermeras del servicio y le comenta la situación, y en el momento proceden a explicarle a la mamá como usarlo, la mamá se cambia y las enfermeras la ayudan a colocar al bebé sobre el pecho de la mama, dentro del top, la mamá se encuentra sentada, y emocionada con la situación, y le agradece nuevamente a la psicóloga por ayudarla.

Los intercambios vinculares entre la madre y su recién nacido internado se enmarcan en un ambiente medicalizado, aséptico, controlado y monitorizado. Las interacciones madre-hijo presentaran particularidades debido a este contexto: de ellas resaltamos que le bebe no está en brazos de su madre sino dentro de una incubadora (Santos, 2008).

Teniendo en cuenta esto, podemos concluir que M es una mamá conectada con las necesidades de su bebé, está presente en el cuidado de su hijo, lo que se presentaba como un obstáculo para el contacto físico con su bebé (la incubadora), pudo ser superado, al encontrar una herramienta con la cual poder estar en contacto *piel a piel* con su bebé, recurso que resulta invaluable para la evolución y desarrollo su bebé y del vínculo entre ambos.

Estar acompañada por su pareja, es un factor importante a destacar, le proporciona seguridad y confianza, ya que es ella quien busca apoyo en su entorno, acercándose a la psicóloga para *agradecerle*, demanda que es escuchada por la psicóloga quien responde a la necesidad de M de contacto con su bebé, proponiéndole una alternativa que favorece el vínculo de la díada.

5.3 Descripción de la tarea del psicólogo perinatal en el Consultorio de Seguimiento de Prematuros desde un entrecruzamiento interdisciplinario.

El consultorio de seguimientos de prematuros del hospital Meléndez surge en el año 2011 como un espacio de atención al recién nacido pretermino una vez dado de alta desde neonatología, desde un marco de prevención y promoción de la salud biopsicosocial.

Actualmente funciona fuera del hospital, en la escuela 507, en un consultorio de estimulación temprana.

El hecho de que los pacientes sean atendidos en una institución ajena al hospital, favorece al niño y a su familia, corriéndolo del lugar de enfermedad, ya que no es atendido en el hospital donde permaneció internado desde su nacimiento debido a la patología que presente, sino que ahora al ser dado de alta médica, pasa a ser atendido en ámbito de recuperación.

Es importante destacar que al llegar al consultorio las familias ya conocen a los profesionales que trabajan en él, debido al seguimiento que efectúan los profesionales desde el momento en que el bebé es internado en neonatología, o previo a su nacimiento, cuando se detecta una situación de riesgo psico-socio-perinatal desde la sala de maternidad, tanto la psicóloga, la asistente social y las pediatras, están familiarizadas con la historia de él bebé y su familia.

El programa de seguimiento del Hospital se basa en la atención del niño desde un abordaje multidisciplinario que incluye:

- Equipo: médico pediatra, asistente social, psicólogo y estimuladoras (programa A.T.D.I).
- Interconsultas y derivaciones: fonoaudiología (OEA), neurología, kinesiología, oftalmología (F.O), diagnóstico por imágenes, laboratorio.

Las tareas que se realizan en el consultorio, desde una perspectiva interdisciplinaria, son:

- Control médico: llevado a cabo por dos pediatras, quienes se ocupan de revisar a los bebés, controlar el peso, su evolución, e intervenir sobre cualquier patología existente en el bebé, realizar las derivaciones correspondientes con otros especialistas, para tener un control más integral acerca de la salud del bebé.
- Evaluación del desarrollo e inteligencia: realizada por el psicólogo a partir de la utilización de dos técnicas, EEDP y EAIS, las intervenciones se realizan en el momento, facilitando pautas de estimulación que se adecuan a la necesidad del bebé. Estas podrán consistir en algún tipo de apoyo en el área motriz, sensorial, del lenguaje, vincular, entre otras.
- Estimulación temprana: son derivados aquellos bebés que en los que se lo considera oportuno, se trabaja en conjunto con la madre, atendiendo las necesidades del bebé, estimulando aquellas áreas en las que su desarrollo normal se encuentra disminuido. Lo más importante de resaltar es que si los déficit son evidenciados tempranamente, su evolución suele ser buena, y la mejoría inmediata.
- Entrevista e intervención psicológica: se realiza en aquellos casos en los que se detecta problemas vinculares madre-hijo; si se observa una falta de registro materno; problemas emocionales de la madre que interfieren en el normal desarrollo emocional del niño; fuerte impacto no resuelto de la prematuridad y/o patología del niño; posible retraso en la inteligencia que es detectado a partir de las pruebas mencionadas.
- Entrevista e intervención social: al ser una población con riesgo social alto, encontramos un importante porcentaje de familias con necesidades básicas insatisfechas, que tienen viviendas poco adecuadas, una red familiar y social muy débil y/o escasa, también se encuentran casos de violencia de género, dificultades para acceder a los sistemas de salud y sin acceso a políticas públicas.

5.3.1 Intervenciones en el consultorio.

Cuando la mamá llega por primera vez al consultorio de seguimiento, lo hace dentro de la primera semana de haber recibido el alta médica.

En este primer encuentro, las mamás suelen llegar con una mezcla de emociones, alegría, por el hecho de tener al fin a su bebé en casa con ellas, pero también con sensación de angustia, ansiedad, por miedo a que pueda sufrir alguna decaída o reinternación, o se descompense y no saber manejar la situación.

El principal miedo de las mamás surge por el hecho de haber tenido internado a su bebe durante un periodo de tiempo, donde los médico y enfermeras eran los responsables de sus cuidados.

Dependiendo el caso, algunas mamás se involucran más o menos en este proceso, lo cual se va a ver reflejado a la hora de volver a casa, donde retoman el protagonismo sobre la crianza y los cuidados de su hijo.

Desde el equipo se busca calmar esos miedos, y tratar de disipar la mayor cantidad de dudas posibles acerca de su cuidado, se imparten pautas de crianza, por ejemplo, es importante que el bebé duerma en su cuna, los horarios de dormir, de comer, de jugar, ya que generar hábitos o rutinas en su crianza es una de las principales pautas, que ayudan a ordenar la vida del bebé y de la mamá, favoreciendo su crianza.

Todos los miembros del equipo colaboran en este proceso de contención, haciendo preguntas y atendiendo las dudas de la mamá.

Luego del primer encuentro fuera del hospital, la mamá y su bebé asisten al seguimiento una vez por mes, a los largo de las diferente visitas del niño al consultorio, a medida que el profesional psicólogo toma las evaluaciones, o el médico pediatra realiza los controles, se establece un dialogo con la mamá, para conocer el funcionamiento de la familia en el hogar, el contexto en donde habita el bebé, las actividades que realizan, todos estos indicios dan pautas de el desarrollo del bebé en su hogar, que pueden ser o no aptos a sus necesidades, desde el equipo se busca fomentar la estimulación del niño en su hogar, y aquellos factores saludables para su desarrollo.

A modo de ejemplo de una de las tareas realizadas por el psicólogo perinatal en el consultorio, se presentaran los resultados obtenidos en las pruebas del desarrollo de un paciente prematuro nacido de 32 semanas, con un peso de 1650, quien concurría al consultorio de seguimiento una vez por mes, de manera regular.

Como antecedentes podemos destacar que Martín fue un bebé buscado, es hijo único, el desarrollo del embarazo fue normal, estuvo internado en neonatología aproximadamente un mes donde no se presentaron complicaciones médicas severas.

Su madre tiene 27 años, no trabaja, y terminó los estudios secundarios.

Su padre tiene 32 años, terminó los estudios secundarios y trabaja en una empresa de construcción.

En cuanto las pruebas del desarrollo, para evaluar el desarrollo psicomotor se aplicó la EEDP, que evalúa las áreas del lenguaje, social, la motricidad y de coordinación.

Se puede observar en la Tabla 1 que en las distintas tomas, MR obtuvo un coeficiente de desarrollo normal, teniendo en cuenta su edad corregida, marcando una cierta estabilidad en su desarrollo. (Ver tabla 1).

Estos datos se correlacionan con los obtenidos en la EAIS, en la cual obtiene en una primera toma un percentil 50, y en una segunda, un mes después, un percentil máximo, indicando una mejoría marcada de su desarrollo que resulta acorde y esperado para su edad. (Ver tabla 1).

El resultado de las evaluaciones del desarrollo de MR pueden ser consecuencia de la estimulación temprana recibida, las pautas de crianza impartidas, o de poder acceder a un consultorio de seguimiento de prematuros de forma regular donde sea asistido por profesionales que lo atiendan de acuerdo a sus necesidades, sin embargo el factor más importante a destacar es el cuidado materno, el vínculo establecido entre ambos, que favorece su normal desarrollo, el compromiso asumido por su mamá y su familia para ayudarlo a superar las situaciones adversas de su nacimiento.

Es importante destacar que ningún programa de seguimiento podrá ser exitoso si no tiene en cuenta a los padres del niño, su medio social, su propia idiosincrasia, sus sentimientos frente a las circunstancias especiales que rodearon el nacimiento y el conocimiento íntimo del niño que llevan a su hogar (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2005).

Tabla 1 Registro de Seguimiento de Prematuros

Edad Cronológica	Edad Corregida	EEDP	EAIS
3m 11d	2m 3d	0.71	-
5m 25d	4m 18d	0.74	-
7m 30d	5m 23d	0.84	-
9m 4d	7m 4d	1.06	Inicio IV Percentil 50

10m	8m23d	0.94	Inicio V Percentil max.
-----	-------	------	----------------------------

Tabla 1

6. CONCLUSIONES

A partir de la asistencia a los diferentes servicios del hospital, la información empírica recaudada durante la práctica, la observación del desempeño del psicólogo perinatal en sus diferentes actividades, así como el intercambio con otros profesionales y pacientes del hospital, es que se cumplieron con los objetivos propuestos al comenzar el presente TFI.

Los casos desarrollados a lo largo del TFI, tuvieron como finalidad detallar las actividades del psicólogo perinatal en los diferentes ámbitos de trabajo en los que desempeña sus tareas.

Se concluye que a lo largo del trabajo se han cumplido los objetivos propuestos, por un lado se ha descrito la instrumentación de la EPP y se ha ejemplificado mediante un caso clínico su administración, realizada por el psicólogo perinatal como parte de sus tareas en el hospital, como se ha mencionado previamente la EPP tiene como objetivo detectar factores de riesgo psico-socio-perinatales, en el caso descrito no se evidencia ningún factor de riesgo.

También se describió una intervención perinatal en la UCIN, servicio en el cual el psicólogo perinatal busca atender a las necesidades de las madres, para poder mejorar el vínculo entre la diada, desde una perspectiva de salud preventiva para el niño y su familia.

Esta intervención resulta como un ejemplo claro de la metáfora *psicólogo de trincheras*, que emplea Nieri (2012) para explicar la forma de trabajo bajo la que aplica el psicólogo perinatal, es decir que opera mientras suceden los hechos, es por eso que debe tener flexibilidad teórica y práctica, ya que aborda diferentes situaciones.

Y por último se realizó una descripción del trabajo interdisciplinario realizado por el psicólogo perinatal, la asistente social, pediatra y estimuladora temprana en el consultorio de seguimiento de alto riesgo, donde el equipo trabaja de forma conjunta para atender las necesidades de los niños y sus familias que son egresados de la UCIN.

Nieri (2012) afirma que si bien el embarazo en sí mismo implica una crisis normal hay que tener en cuenta que el nacimiento de un niño en riesgo o con alguna discapacidad, provoca en la madre otra crisis circunstancial, es decir, que se provocaría una doble crisis: crisis de la maternidad y crisis circunstancial por la internación de su hijo en UTIN.

Este entrecruzamiento de crisis provoca en las madres un sentimiento de angustia, ansiedad, re significación de problemas anteriores, entre otros. Es decir, que un bebé en la UTIN plantea en los padres un estado de pérdida de un bebé sano.

A partir de lo cual podemos concluir que el psicólogo perinatal resulta un recurso invaluable para el servicio de maternidad, UCIN y consultorio de alto riesgo, acompañando a las madres y familias a superar la situación de crisis que les toca vivir, fomentado la palabra como medio para canalizar la angustia que les genera tener a su bebe internado, el hecho de recibir la contención psicológica adecuada a sus necesidades vitales, las lleva a sentirse apoyadas, contenidas y sobre todo escuchadas, facilitando superar el proceso de crisis que están atravesando.

En cuanto al aporte crítico de la experiencia realizada a la hora de desarrollar el TFI, se destaca el hecho de que el tema a abordar estaba enfocado en el trabajo del psicólogo perinatal, y no en los pacientes a quienes atienden, si bien es imposible separar uno del otro tanto en la práctica como en lo teórico, es importante resaltar que los casos explicados en el desarrollo tienen como finalidad ejemplificar las tareas que el psicólogo perinatal realiza en los diferentes servicios del hospital, y no un análisis detallado de su complejidad, temas que se podrían desarrollar en futuros trabajos de investigación, donde el objeto de estudio sean los pacientes y las diferentes variables que pueden ser abordadas desde la psicología perinatal.

Otro punto a tener en cuenta sería la elaboración de entrevistas semi-estructuradas, o estructuradas, para administrar a médicos, enfermeros y demás profesionales acerca del conocimiento sobre el trabajo del psicólogo perinatal, al igual que una entrevista al psicólogo donde se indague puntualmente acerca de sus tareas y experiencia en el hospital, de manera más sistematizada.

Esta información fue recabada de forma observacional, mediante preguntas y conversaciones que surgían durante el desarrollo de la práctica, donde el profesional se encargo de transmitirme su experiencia, y proporcionar notas acerca de los diferentes casos clínicos, archivos y bases de datos sobre los pacientes.

Una de las limitaciones que se presentaron a la hora de realizar el TFI, se relaciona con el hecho de que la psicología perinatal es una práctica relativamente nueva en nuestro país. Vega (2006) menciona que inicialmente, el ámbito de la neonatología fue exclusivamente médico. En nuestro país, hace aproximadamente 12 años, se integro al psicólogo en el trabajo de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Hecho que se vio reflejado a la hora de armar el marco teórico, ya que las investigaciones realizadas acerca del desempeño del psicólogo perinatal específicamente resultan escasas.

En cuanto a la experiencia obtenida durante la práctica se puede afirmar que fue muy enriquecedora, dado que se me permitió formar parte de la dinámica de trabajo de un hospital público de la provincia de Buenos Aires, y observar de forma directa el desempeño del psicólogo en este ámbito, el intercambio con otros profesionales, y el trato con los pacientes.

Fue muy interesante vivenciar la inter-relación real entre una mirada clínica médica, social y psicológica, en un ambiente en el cual culturalmente prima el modelo médico, donde según la intervención y/o formación de los profesionales en algunos casos se complementan y en otros se dificultan.

El hecho de concurrir una vez por semana durante la jornada completa de trabajo del psicólogo llevo a conocer de forma más profunda y detallada su desempeño y el de los demás profesionales, así como también conocer mejor a los pacientes y sus historias.

Las características específicas que presenta el psicólogo perinatal debido al contexto donde trabaja, llevaron a descubrir un nuevo rol del psicólogo, hasta el momento poco conocido, solo desde lo teórico, y vislumbrar la importancia de su trabajo en el acompañamiento de las madres, a la hora de detectar factores de riesgo psico-socio-perinatales para intervenir oportunamente, favoreciendo la calidad del vínculo.

El trabajo de la psicóloga es muy activo ya que recorre el hospital entrando a diferentes salas, realizando rápidamente una mirada clínica e identificando posibles intervenciones en torno a las dificultades de vínculo que se pueden detectar.

Este accionar despertó mi admiración e interés en como un psicólogo puede desarrollar un ojo clínico específico en la prevención primaria, desde un vínculo primario,

es decir interviniendo con conocimiento experiencia e inmediatez sobre las relaciones primarias entre el vínculo de una madre y su bebe durante el embarazo, parto y puerperio.

El contacto directo con las madres, sus bebes y familias, me dio la posibilidad de confirmar mi interés profesional para intervenir en el trabajo clínico en esta área. Corroborando desde lo práctico mi formación teórica, y despertando la necesidad de ampliar mi formación profesional en esta área específica de trabajo

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, K., Jankovic, P., Llompert, V. & San Martín, E. (2010). Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 29(3), 108-112.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. (2005). *Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Fiszelew, R., & Oiberman, A. (1995). *Fuimos y seremos...Una aproximación a la psicología de la primera infancia*. Universidad Nacional de la Plata.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2010). Decálogo: Los derechos de los niños prematuros y sus familias. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/Cuadernillo_Decalogo_2012.pdf
- Larguía, M., González, M., Solana, C., Basualdo, M., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P. & Esandi, E. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/MCF_Conceptualizacion_e_implementation_del_modelo
- Mansilla, M., Fernández, M. & Dehollainz, I. (2010). Estresores de vida psicosociales encontrados en púerperas durante el embarazo, cuyos hijos nacieron prematuros y estuvieron internados en la Terapia Neonatal, durante el 2010 en un hospital del segundo cordón del Conurbano Subonaerense. Trabajo presentado en V Congreso Marplatense de Psicología. Memorias del Congreso. Recuperado de http://vcongresopsicologia.seadpsi.com.ar/trabajos/e15.5-000541-10-10-11_23-04-20.pdf

- Nieri, L. (2012) Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 31(1), 18-21
- Nieto, R., et al. (2011). Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de maternidad centrada en la Familia. *Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 30(4), 146-150.
- Oiberman, A & Mansilla M, et al. (2002). *Nacer y pensar. Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (EAIS). Vol I y II*. CIIPME. CONICET. Buenos Aires.
- Oiberman, A (2005) *Nacer y después...Aportes de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires. JCE.
- Oiberman, A. (2007) La palabra en las maternidades: Una aproximación a la Psicología Perinatal. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*. 1, 87-91.
- Oiberman, A., et al. (2007). Psicología Perinatal y Psicología en la maternidad. *Memorias Segundo Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva*. Facultad de Ciencias sociales. Universidad de Palermo.
- Oiberman ,A (2008) *Nacer y pensar. Aplicación*. CIIPME-CONICET. Buenos Aires.
- Oiberman, A., et al. (2008). *Nuevos dispositivos en salud mental: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*. Premio 2008: Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología.
- Oiberman, A., et al. (2009). De la práctica a la docencia: como enseñar psicología perinatal. Libro Premio: Aportes de la psicología para el mejoramiento de la calidad educativa.

- Ramirez, M. (2009). Salud mental en perinatología: intervenciones en obstetricia. *Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 28(3), 110-113.
- Santos, S. (2008) Construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado un UCIN: Resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. *Anuario de Investigaciones*, XV, 207-217.
- Tuduri, M., Brundi, M., Kasten, L., Herrera, P., Schapira, I. & Aspres, N. (2011). Deserción al programa de prematuros en el Hospital materno infantil “Ramón Sardá” de Buenos Aires (2004-200). *Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*. 30(4). 151-155.
- Vega E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.

8. ANEXOS

8.1 Transcripción Entrevista Psicológica Perinatal. Caso L

- **¿Me decís tu nombre completo?**
- L
- **¿Cuántos años tenes?**
- 29
- **¿Te acordas tu DNI?**
- XXX.XXX.XXX
- **¿Cómo es el nombre de tu bebe completo?**
- L
- **¿Cuánto peso al nacer?**
- 1.520
- **¿De cuantas semanas nació?**
- 32
- **¿Nació por parto natural o cesárea?**
- Por parto natural.
- **¿Dónde vivís?**
- xxx
- **¿Tenés teléfono?**
- xxx
- **¿Fuiste a la escuela?**
- Si hice el profesorado de educación física.
- **¿Trabajas?**
- Si en una escuela secundaria.
- **¿El papá del bebe cuántos años tiene?**
- 35
- **¿El fue a la escuela?**
- Si, termino el secundario.
- **¿El trabaja?**
- Si, en una empresa de transportes.
- **¿Ahora vivís con tu actual pareja?**
- Sí, nos fuimos a vivir juntos cuando me entere que estaba embarazada
- **¿Viven los 2 solos?**
- Si.
- **¿Es tu primer hijo?**

- Si.
- **Contarme un poco sobre este embarazo... ¿vino o lo buscaron?**
- Fue medio de sorpresa, no lo estábamos buscando pero igual nos puso contentos la noticia.
- **¿Cómo te enteraste? ¿A qué mes?**
- Al 3 mes, me hice un test, porque no me venía.
- **¿Y te hiciste los controles?**
- Si.
- **¿Durante el embarazo imaginaste como iba a ser tu bebe, o soñaste con él?**
- Si, quería que sea un varón, me lo imaginaba parecido al padre, como es.
- **¿Y durante el embarazo como te sentiste?**
- Bien, al principio si tuve nauseas y eso, pero después se me paso, y fue normal creo.
- **¿Hay algo que haya pasado durante el embarazo que vos consideres significativo para contarme? ¿Cómo fue tu embarazo? ¿Qué hacías?**
- **¿Trabajaste?**
- No. El embarazo fue normal, iba a la escuela y después me la pasaba en la casa de mi mamá, hasta que mi marido llegaba a mi casa, fue todo muy rápido igual, nació antes de tiempo, y no esperaba eso.
- **¿Cómo te sentiste cuando te dijeron que tú bebe estaba internado en UTI?**
- Al principio no entendía bien, tenía mucho miedo, y quería ir a verlo rápido, los médicos me dijeron que iba a estar internado un tiempo, que me tenía que hacer la idea, porque hasta que no subiera de peso no le daban el alta.
- **¿Y ahora que lo viste, y hablaste con los médicos, como te sentís?**
- Ahora bien, los médicos son re buenos, me dijeron que tengo que ser fuerte, porque Lucas lo necesita, y que él va a estar bien, que está bien cuidado, eso me dejo más tranquila.
- **¿Tu pareja te acompaña?**
- Si, el trabaja, y no le dan muchos días, igual mi mamá me está acompañando también.
- **Buenos sabes que tanto vos como el papá pueden ir a estar con Lucas todo el tiempo que quieran. Más allá de todos los cuidados médicos que recibe, es importante que vos estés presente, porque sos su mamá, y el necesita que vos lo acompañes y estés con él, sabes que podes hablarle, tocarlo, el sabe que vos sos su mamá, y te necesita.**
- Si, voy a estar acá con él todo el tiempo que pueda.

- **Bueno, cualquier cosa que necesites hablar, me puedes buscar, yo estoy siempre por la neo, o en maternidad, sino le decís a alguno de los médicos y ellos me avisan.**