

**APOYO PSICOTERAPÉUTICO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO DE NEONATOLOGÍA**

Barbara Morer<sup>1</sup>, Beatriz Ayala, María Burillo, Alejandra Boullón, Angela Mancho.

**RESUMEN**

El primer año de vida de un niño constituye una etapa de su existencia especialmente crítica, ya que en ella se van a configurar el vínculo y la relación, así como las habilidades motrices, lingüísticas, afectivas, perceptivas y sociales. Los recién nacidos con factores de riesgo hacen necesaria una intervención interdisciplinaria anticipada a varios niveles. Los trastornos en el recién nacido tienen gran trascendencia individual, familiar y social, por lo que las instituciones sanitarias pueden ofrecer un soporte psicológico que evite, en lo posible, las limitaciones que se generan y favorezca una óptima evolución. Se presenta un proyecto de apoyo psicoterapéutico en Unidades de Neonatología. La intervención marca tres objetivos: el neonato, la familia y los profesionales. El diagnóstico precoz, la atención preventiva, la derivación oportuna y el trabajo con las familias permiten encauzar el seguimiento de las etapas posteriores de desarrollo y, en definitiva, la constitución como ser humano. El abordaje psicológico que se realiza es tanto individual como grupal, aplicando un modelo de actuación que parte de la importancia del lenguaje, su función simbolizante y el efecto del significante.

**PALABRAS CLAVE:** Atención psicológica, psicoterapia, neonatología, recién nacidos hospitalizados, duelo perinatal.

**ABSTRACT**

The first year of a child's life is a particularly critical stage of its existence, because in it are to set up the link and relationship, as well as the motor, linguistic, emotional, perceptual and social skills. Newborns with risk factors necessitate an early interdisciplinary intervention at various levels. Disorders in the newborn has great individual, family and social significance, so that health institutions can provide psychological support to avoid, where possible, the limitations that are generated and facilitate optimal evolution. A draft psychotherapeutic support in neonatology units is presented. The intervention scores three goals: the neonate, family and professionals. Early diagnosis, preventive care, timely referral and working with families allow monitoring channel later stages of development, and ultimately the constitution as a human being. The psychological approach that is done is both individual and group, applying a model of action of the importance of language, its symbolizing function and the effect of the signifier.

**KEYWORDS** Counseling, psychotherapy, neonatology, hospitalized newborns, perinatal bereavement.

---

<sup>1</sup>Correspondencia: Barbara Morer. C / Paseo Isabel la Católica, 1-3, 50009, Zaragoza.  
Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Psiquiatría.  
Email: bmorerbamba@gmail.com

## APOYO PSICOTERAPÉUTICO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO DE NEONATOLOGÍA

### 1. INTRODUCCIÓN

¿De qué sufren los niños en neonatología? se pregunta en su artículo el Dr. Ansermet (1995). El riesgo de muerte hace su entrada o, más exactamente, en ocasiones la muerte llega al mismo tiempo que el nacimiento.

El primer año de vida en un recién nacido constituye una etapa de su existencia especialmente crítica, ya que en ella se van a configurar las habilidades motrices, lingüísticas, afectivas, perceptivas y sociales. Por tanto, el desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que no solo se sustenta en la evolución biológica, sino en la psicológica, en la clínica y en la social.

Podemos decir sin equivocarnos que son los primeros momentos donde se forma el vínculo afectivo y la constitución de la comunicación.

En la actualidad, los niños recién nacidos con factores de riesgo hacen necesaria una intervención interdisciplinaria anticipada a varios niveles. Los trastornos en el recién nacido tienen gran trascendencia individual, familiar y social, por lo que las instituciones sanitarias pueden ofrecer un soporte psicológico que evite, en lo posible, las limitaciones que generan. El diagnóstico precoz, la atención preventiva, la derivación oportuna y el trabajo con las familias permiten encauzar el seguimiento de las etapas posteriores de desarrollo y, en definitiva, la constitución como ser humano.

La intervención temprana en salud mental en la primera infancia ha sido escasamente abordada en España por la tardanza en la aparición y desarrollo de equipos y profesionales específicos en nuestro país (García-Villanova, Cuellar-Flores, Eimil y Palacios, 2013). En la misma línea, González (2010) señala el contraste entre la uniformidad y el consenso existente a nivel de las intervenciones médicas en neonatología y la diversidad o la escasa relevancia que se da a intervenciones sobre el desarrollo de los grandes prematuros.

Desde la experiencia obtenida en distintos programas en nuestro país se hace evidente que todo niño con un riesgo biológico y/o emocional elevado requiere un abordaje multidisciplinar que incluya, por protocolo, la atención en Salud Mental desde el inicio (Palacios et al., 2013).

### 2. EL INICIO DE UN PROYECTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN NEONATOLOGÍA

En los últimos años ha crecido de forma exponencial el número de nacimientos prematuros, lo que conlleva en muchos casos la hospitalización en las unidades de Neonatología. Solo en Aragón se registraron en 2013, 875 nacimientos de bebés prematuros. En 2009 se habían registrado 799, lo que suponía un crecimiento del 15% desde el año 2000 (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

El Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza, donde se pone en funcionamiento el proyecto, cuenta con unidades neonatales denominadas de nivel III, es decir, de alta especialización, y actúa como centro de referencia autonómico (Rité Gracia et al., 2013). Desde el año 2010, existe el programa de puertas abiertas en las Unidades de Neonatología, lo que implica una entrada de los padres en el circuito al posibilitarles el acceso durante las 24 horas del día. Esto supone una mayor demanda al personal profesional responsable de estos neonatos. En el marco de la interconsulta hospitalaria se detecta la demanda, desde el servicio de Pediatría, de una cada vez mayor necesidad de atención psicológica a los padres de los recién nacidos hospitalizados. Estas circunstancias han facilitado la puesta en marcha en septiembre de 2014 de

un proyecto de atención psicológica en Neonatología, el cual adquiere a partir de marzo de 2016 la denominación de Atención Continuada de la especialidad de Psicología Clínica. La intervención es llevada a cabo por un equipo de Psicólogos Clínicos Residentes, supervisados por el Psicólogo Clínico adjunto adscrito al Servicio de Psiquiatría del HUMS.

El modelo que se aplica para las diferentes actuaciones parte de la importancia del lenguaje y de la palabra, su función simbolizante y el efecto del significante. Dicha concepción se plantea desde las aportaciones del psicoanálisis a partir de la constitución del sujeto desde Jacques Lacan y autores posteriores. Se considera la importancia de los primeros momentos del encuentro del recién nacido con sus figuras de referencia. En este primer encuentro está incluido el marco hospitalario.

### 3. EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO EN UNIDADES DE NEONATOLOGÍA

Tal y como señala Mathellin (2001), en los servicios de Neonatología, las madres que acaban de dar a luz a un niño enfermo o prematuro se enfrentan a una realidad diferente a la esperada de la que puede surgir una imagen de mala madre que no pudo llevar a su niño, que le dio una vida demasiado frágil y que tal vez, incluso, deseó su muerte. El nacimiento precipitado, el peligro que acecha al bebé y la imposibilidad de los médicos de tranquilizar a la madre, suponen un acontecimiento complejo que puede entroncar con la fragilidad psíquica y en este punto surge el trauma. Estas mujeres que son separadas de sus hijos en el nacimiento buscan una explicación, una justificación, la mayoría quiere establecer un lazo psíquico. Así, se hace necesario otorgar una significación al acontecimiento.

La misma autora apunta a la indispensabilidad de la escucha de los padres y la acogida del recién nacido por la palabra. Esta posición de autorización y de apoyo en la intervención supone una posición de tercero en la que todo el equipo puede apoyar a la madre y al hijo. Asimismo, interrogarse sobre los efectos del lenguaje en la relación con el cuerpo del niño y cuestionar al equipo sobre la transferencia que se establece entre ellos y los pacientes, suponen algunos de los aspectos del trabajo en Neonatología.

En el proyecto que se presenta la atención psicológica en Neonatología marca tres objetivos: neonato, la familia y los profesionales. Estos tres puntos guiarán el presente trabajo.

#### 3.1. El recién nacido en riesgo

El recién nacido hospitalizado es un recién nacido en riesgo, viene al mundo en riesgo de enfermedad, incapacidad o muerte.

La atención al neonato pasa por un seguimiento de su evolución, impulsando las relaciones y vínculos padres-niño que permitan los intercambios y estímulos que son habituales en las relaciones. Cuando un niño es hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) los intercambios vinculares entre éste y su madre se desempeñan en un ambiente aséptico, desafectado, medicalizado, monitorizado y controlado. Estas interacciones pueden ocasionar variaciones en una constitución subjetiva que en otras circunstancias manifiestan condiciones de cuidado deseables por parte de la familia, lo que implica situaciones de riesgo para el desarrollo psíquico de estos niños (González Serrano, 2009).

El cuerpo del neonato de alto riesgo puede estar marcado por estas primeras experiencias, cuyas inscripciones serán determinantes para la vida psíquica posterior. En tales circunstancias el cuerpo del niño tiende a ser, no el lugar de satisfacción esperado, sino un lugar de enfermedad, dolor y anomalía. No es un niño sentido e investido como gozoso, sino enfermo, medicalizado, cuerpo dañado o mortífero. El niño puede ser para los padres solamente un diagnóstico, lo que borra su esencialidad como sujeto (Menéndez, 2001).

El bebé está preinscrito en el lenguaje que le preexiste a su nacimiento, por ello, siguiendo a Menéndez (2001), debe favorecerse un modo de presencia multisensorial no reducida a lo físico-corporal sino en la construcción simbólica que se da en las relaciones afectivas primarias.

### 3.2. Los padres del recién nacido hospitalizado

Para los padres de recién nacido en riesgo vital, así como para los profesionales que atienden a estos niños, tal y como señala Ansermet (1995), este encuentro con lo real de la muerte se revela masivamente traumático. Estamos en ocasiones ante una clínica del horror, con el factor sorpresa.

Frente a un recién nacido en reanimación, dos preguntas invaden el ambiente: ¿va a vivir o a morir?, ¿será normal o deficiente? La culpabilidad vuelve a invadirlo todo.

La hospitalización del neonato supone un hecho traumático para los padres, dificultando el proceso de vinculación. Lacan dice que es la ausencia de sentido lo que resulta traumático, se trata de lo real en su estado puro que aparece bruscamente sin palabras que expliquen lo que no tiene sentido (Ubieto, 2015).

El afecto que predomina en los padres del recién nacido en riesgo vital es la angustia. La angustia es el más penoso e insoportable de todos los afectos. Es conocida desde siempre, sin embargo ha ido cambiando con el tiempo sus amarras (Fuentes, 2005).

Freud (1919) para hablar de la angustia utiliza el término *unheimlich*, que significa lo siniestro, inquietante, que provoca un terror atroz. Se trata de todo aquello que debía de haber quedado oculto, secreto, pero que se ha manifestado. Freud establece una diferencia entre lo siniestro que se vivencia y lo siniestro que únicamente se imagina o se conoce por referencias. En esta clínica del horror, lo siniestro se vivencia, la muerte aparece cuando no es esperada, ni imaginada.

Los padres pueden presentar sentimientos de angustia, incertidumbre, fracaso, frustración y culpa (Menéndez, 2001). Las familias sufren un duelo por la pérdida del bebé sano que no han tenido o por la muerte perinatal del hijo esperado. Cuando el bebé muere hay un movimiento simbólico de la estructura familiar, queda un lugar vacío, el que venía a ocupar el recién nacido. En esta coyuntura, el duelo queda sin hacer, marcando el destino de los padres, haciendo difícil un nuevo embarazo o sobrecargando al niño por venir con las improntas de la historia que lo ha precedido (Ansermet, 1995).

Ante esta clínica, cobra importancia el momento de la pérdida donde no hay una demanda porque el sufrimiento es aceptado, a veces como un sentimiento de castigo por algo que queda pendiente, aun así es un momento importante para resignificar otras pérdidas. Lo novedoso es la paralización que puede suponer para unos padres la pérdida de su bebé y la contradicción es la importancia de mover el discurso, productivo.

El trabajo terapéutico encaminado a los padres incluye ofrecerles un espacio individual que tenga en cuenta la particularidad de cada caso, así como la programación de talleres grupales sobre El Vínculo psicoafectivo entre el recién nacido y los padres. Una vez iniciado este contacto con la familia, se trata de mantener un seguimiento para orientarles y sostenerles.

En un primer tiempo, se trata de acompañar con la presencia y la escucha, más allá de toda concepción preestablecida. En un segundo tiempo se podrá reanudar lo que ha precedido al traumatismo y posteriormente, reconstruir una historia, ayudándoles a elaborar la pérdida y resituar al sujeto dándole un lugar simbólico. Se trata de salir de una situación paralizante.

Los talleres sobre El Vínculo psicoafectivo entre el recién nacido y los padres se encaminan a que se pueda atenuar el discurso médico, posibilitando elaboraciones que recojan la subjetividad.

Estos talleres grupales consisten en una participación de los padres de recién nacidos ingresados en UCIN o que hayan estado previamente, que puedan dar cuenta de cómo han superado el momento y se presten a transmitir su experiencia. Las sesiones son elaboradas por el equipo y se aporta en las sesiones siguientes los aspectos más relevantes que hayan surgido. Cada sesión tiene un tiempo limitado de duración y se cuida la participación de todos los asistentes al taller, facilitando la aportación de cada uno de ellos (Ayala, Morer, Burillo, Boullón y Mancho, 2015).

En la situación de prematuridad no hay una preparación. Poder simbolizar el traumatismo del nacimiento, que pueda inscribirse y facilitar el que haya un tiempo para una representación de la historia de cada recién nacido, serán tareas a desempeñar en los talleres (Ayala et al., 2015).

Es importante promover el vínculo psicoafectivo entre los padres y el recién nacido para facilitar la construcción de las características individuales y necesidades propias de cada bebé. El recién nacido ha de constituirse como sujeto. En definitiva, impulsar la filiación, ya que puede esperarse que estos padres, con la frustración ante un hijo diferente al imaginado o esperado, estén confusos y tengan que reajustar o adoptar de nuevo, volver a inscribirlo en la historia familiar.

### 3.3. Los profesionales

El personal asistencial de las unidades de Neonatología es un elemento clave, articulador de los cuidados técnicos y de los intercambios afectivos con los neonatos y su familia (Menéndez, 2001). Es este equipo quien va a recibir y sostener la angustia e incertidumbre de los padres, así como las proyecciones e identificaciones de éstos. En la misma línea, Marín y Menéndez (2011) plantean “la necesidad de intervenir en relación con el equipo de salud, promoviendo la comprensión empática de la vivencia de enfermedad y el conocimiento de los procesos que viven las familias que asistimos” (p. 7).

La atención que se realiza a los profesionales busca impulsar la calidad de su trabajo. Se establece un lugar de orientación para problemáticas concretas en la comunicación con los padres. Se fomenta la unificación del conocimiento de los diferentes profesionales para facilitar la transmisión de la información que demandan las familias.

Se llevan a cabo talleres grupales sobre El recién nacido en riesgo: Desafíos Vinculares en los que se trabajan las dificultades que encuentran en la coordinación con otros profesionales y en dar respuesta a la demanda de las familias.

La impartición de dichos talleres pretende dotar al equipo sanitario de recursos que faciliten la interacción con los padres, ante la situación de angustia, así como la comprensión de los distintos mecanismos de defensa que los mismos profesionales construyen. Hacerles saber que no están solos en la labor de atender a estos padres.

Durante los encuentros con profesionales, se aborda la importancia de darle un lugar simbólico al recién nacido, nombrarle como sujeto de pleno derecho que es. Se habla de las reacciones que pueden producirse en los padres ante la situación de ingreso y la relación que puede establecerse con los profesionales encargados del cuidado de su hijo. Se recuerda que la estancia en UCIN supone un desafío para el establecimiento del vínculo temprano madre-hijo. También se apunta a la consideración de las dificultades por parte de los padres en el procesamiento de la información que reciben de los profesionales debido al estado de angustia y confusión en el que se encuentran (Ayala et al., 2015).

Los profesionales de Neonatología están expuestos constantemente al dolor, al sufrimiento, a la muerte. Recae en ellos la responsabilidad de dar las malas noticias, pueden ser interrogados sobre aquello para lo que no tienen respuesta, son vulnerables a convertirse en el blanco de la rabia de los familiares y se les puede sobre-exigir, convirtiéndose en el referente para la familia. Lo anterior

conlleva una necesidad de protección, teniendo que armar defensas para sostenerse en el lugar que le otorga la institución. Desde los talleres se ofrece la posibilidad de trabajar las emociones surgidas, canalizarlas de forma distinta, y rectificar ciertas posiciones.

#### 4. CONCLUSIONES

En base a la experiencia de este proyecto que se inició en septiembre de 2014, se incide sobre la importancia de la atención a la primera infancia en situaciones de hospitalización que suponen un factor de riesgo para una evolución favorable del recién nacido. Se recoge el valor de un trabajo psicológico dentro del equipo asistencial que tenga en cuenta tanto al niño y su familia como al equipo de profesionales. Ante el sufrimiento que encontramos en las unidades de Neonatología, ha sido necesario formalizar un lugar de escucha en el que los familiares puedan elaborar los acontecimientos traumáticos y las posibles pérdidas para poder construir su propio futuro.

El abordaje grupal desde una perspectiva psicoanalítica en Unidades de Neonatología pretende brindar un lugar distinto tanto a padres como a profesionales, donde de forma conjunta poder poner en palabras y elaborar la angustia. Así el objetivo es trabajar con el equipo de Neonatología para lograr una mayor comprensión de los padres y lograr que puedan tener función de tercero es fundamental. Es importante que no se caiga en una moral normativa y se dé tiempo a las madres para que se reencuentren con sus hijos recién nacidos. A su vez, reunir a padres de niños recién nacidos hospitalizados supone encontrar una manera distinta de situarse frente al estupor y el desconcierto producidos por la situación sin representación a la que se enfrentan.

El trabajo que se viene desarrollando en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet nos permite señalar que la atención psicológica enfocada al niño, a los padres y a los profesionales supone un eje fundamental en la atención integral en estos casos. La valoración positiva por parte de los implicados apunta en esta dirección, sintiéndose los padres más satisfechos con la atención recibida, destacando el haberse sentido acogidos, escuchados y tener un espacio en el que compartir su vivencia con otros padres.

Por todo lo comentado, creemos necesario que las autoridades sanitarias correspondientes se sensibilicen con la necesidad de atención psicológica en los servicios de Neonatología y que el abordaje multidisciplinar en esta etapa del ciclo vital sea una realidad en nuestro país.

## 5. REFERENCIAS

- Ansermet, F. (1995). ¿De qué sufren los niños en neonatología? *El Niño. Revista del Instituto del Campo Freudiano*, 1, 18-25.
- Ayala, B., Morer, B., Burillo, M., Boullón, A. y Mancho, A. (2015). Abordaje grupal en Neonatología: talleres para padres y profesionales desde una perspectiva psicoanalítica. Comunicación presentada en el VII Simposio de la Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas de FEAP, en colaboración con la Sección de Niños, Nuevas miradas sobre el qué hacer psicoterapéutico, Zaragoza, España.
- Fuentes, A. (2005). *La angustia de nuestro tiempo*. Recuperado el 03/03/2016 de <http://nucep.com/publicaciones/la-angustia-de-nuestro-tiempo/#.VticNpzhDIU>.
- Freud, S. (1919). *Lo ominoso*. En Freud, S., *Obras completas*, XVII (pp. 215-252). Buenos Aires: Amorrortu.
- García-Villanova, F., Cuellar-Flores, I., Eimil, B. y Palacios, I. (2013). Organización del vínculo madres-bebé en prematuros. *Clínica Contemporánea*, 4 (2), 171-183.
- González, F. (2010). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 133-152.
- González, F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 48, 61-80.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Nacimientos. Año 2013. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- Marín, D. y Menéndez, C. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en madres de niños con malformación congénita mayor (MCM) internados en la UCIN del Hospital Garrahan. *Medicina Infantil*, XVIII, 10-17.
- Mathelin, C. (2001). La sonrisa de la Gioconda. *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Menéndez Osorio, F. (2001). La interconsulta en salud mental infantil de niños recién nacidos con alto riesgo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (80) 101-118.
- Palacios, I., Kehrmann, L., Cuellar-Flores, I., Eimil, B., García-Villanova, F. y Valle, M. (2013). Importancia de la atención temprana hospitalaria: A propósito de dos programas en la comunidad autónoma de Madrid. Comunicación presentada en el XXV Congreso nacional de SEPYPNA La infancia temprana: repercusiones en el desarrollo posterior, Valencia, España.
- Rité, S., Fernández, J.R., Echániz, I., Botet, F., Herranz, G., Moreno, J., Salguero, E. y Sánchez, M. (2013). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Anales de Pediatría*, 79(1), 51-51.
- Ubieto, J.R. (2015). El trauma de lo imprevisto. Consecuencias. *Revista digital de Psicoanálisis, arte y pensamiento*, 15. Recuperado el 03/03/2016 de [www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015/template.php?file=arts/Derivaciones/El-trauma-de-lo-imprevisto.html](http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015/template.php?file=arts/Derivaciones/El-trauma-de-lo-imprevisto.html)