

Canteros, Tamara

**El rol del psicólogo dentro de la
unidad de cuidados intensivos
neonatales de una clínica privada
polivalente de la Ciudad de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Rivarola, María Cecilia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de Práctica Profesional Supervisada

Contexto Clínico

**EL ROL DEL PSICÓLOGO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES DE UNA CLÍNICA PRIVADA POLIVALENTE DE LA
CIUDAD DE CÓRDOBA.**

Alumna: Canteros Tamara S. || Clave: 1804276

Directora: Lic. Rivarola, María Cecilia || M.P. 2460. M.E. 610

2023

“El rol del psicólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una Clínica privada polivalente de la Ciudad de Córdoba”

AGRADECIMIENTOS

Este es un camino que no podría haber transitado sin la ayuda y compañía de mi familia, amigos y compañeros de la facultad.

A mi familia quiero agradecerle el enorme apoyo que recibí de cada uno de ellos. A mi marido especialmente, por siempre creer en mí, alentarme a ser mejor y a hacer lo que amo.

Que fortuna la mía de compartir mi vida con vos Kevin.

A mis hijos Zoé, Pia y Joaquin, que pintaban y dibujaban a mi lado mientras yo estudiaba por horas; festejaron conmigo cada nota, cada avance, cada final. Hijos los amo enormemente, gracias por su apoyo y acompañamiento incondicional.

Tuve además la enorme suerte de tener unos compañeros de carrera increíbles, hubiera pospuesto mi licenciatura más de una vez si no fuera por ellos. Quiero agradecerles porque son y fueron increíblemente importantes para mí en este proceso, me acompañaron, ayudaron y sostuvieron por 5 años; los voy a llevar siempre en mi corazón, gracias.

A mis amigas, que me acompañaron durante todos estos años y me alentaron a seguir cuando sentía que no podía. En especial a mi amiga Mara, que me apoyo y acompaño estos años. Te amo amiga, gracias por tu incondicionalidad, por estar siempre y darme tu apoyo.

A mis padres y hermanas, gracias, los amo.

Gracias mamá por estar siempre, por cuidarme los niños para que pueda estudiar y por decirme siempre, que podía lograr absolutamente todo lo que me proponga.

A mi hermana Laura quiero agradecerle por cuidarme tanto cuando éramos niñas, gracias Lau, este logro es de las dos, te amo infinitamente.

A la Licenciada Kay Ghersevich, que cambio mi vida por completo, y la de mi familia, gracias, gracias, gracias. Que maravilloso aquel día que cruzaste la puerta de mi aula en la Universidad, nunca lo voy a olvidar.

Por último y no menos importante quiero agradecer a la Universidad Católica de Córdoba, porque además de lo académico me brindo una formación integral, que impacto enormemente en mi vida, inspirándome a mejorar y a superarme cada día.

Gracias a todos los que están, estuvieron y estarán en mi vida.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	10
2.1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: ORIGEN Y DEFINICIÓN	11
2.2. EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	12
2.3. LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE Y EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	13
2.4. CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS Y MARCO LEGAL REGULATORIO	15
2.4.1. LEY DE SALUD MENTAL.....	16
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	17
3.1. CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA.....	18
3.2. ÁREA DE SALUD MENTAL	21
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	24
5. OBJETIVOS.....	26
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	28
6.1. LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO PERINATAL	29
6.2. SOBRE EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	34
6.2.A. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PERINATAL Y EL USO DE LAS ENTREVISTAS	37
7. MODALIDAD DE TRABAJO	40
7.1. MODALIDAD DE SISTEMATIZACIÓN.....	41
7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
7.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	43
7.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	45
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	46
A. ¡A COMENZAR!.....	47
B. LOS ATENEOS DE SALUD MENTAL Y LAS URGENCIAS.....	48
C. LAS REVISTAS DE SALA DE UCIN	54
D. ENCUENTROS CON LA REFERENTE Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN/ASISTENCIA.....	57
E. LA APUESTA DE TRABAJAR CON OTROS.....	60

8.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	62
1. FUNCIONES, ACTIVIDADES Y LUGAR DEL PSICÓLOGO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.....	63
1.1. EL LUGAR Y LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DENTRO DE UN HOSPITAL GENERAL Y EN LA UCIN	63
1.1.A. El lugar de la salud mental y el quehacer psicológico en hospitales generales.....	65
1.1.B. Psicología perinatal y la UCIN	74
1.2. ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN LA UCIN	84
1.2.A. Psicología de la Salud, prevención y promoción	84
1.2.B. Asistencia: el trabajo con los bebés, padres, familiares y equipo en la UCIN.....	87
1.2.C. El trabajo con la vida y la muerte: el COPAP y la resiliencia familiar.	96
2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE REALIZA EL PSICÓLOGO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.....	105
2.1. ATENEOS DE SALUD MENTAL, REVISTAS DE SALA Y EL DISPOSITIVO DE TRABAJO EN LA UCIN	106
2.2. EL USO DE LA PALABRA Y LA IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA, EL ACOMPAÑAMIENTO Y SOSTÉN PSICOLÓGICO: INTERVENCIONES POSIBLES EN LA UCIN	116
3. MODALIDAD DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DEL PSICÓLOGO CON OTROS PROFESIONALES DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	125
3.1. EL TRABAJO EN EQUIPO: LA POTENCIALIDAD DE LAS INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARIAS	127
3.2. HACIA DENTRO DEL EQUIPO: DIFICULTADES Y NECESIDADES EN JUEGO	136
9. CONSIDERACIONES FINALES	143
10. ANEXO.....	149
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151

ÍNDICE DE SIGLAS

- **CURF:** Clínica Universitaria Reina Fabiola
- **EPP:** Entrevista Psicológica Perinatal
- **UCIN:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- **UCC:** Universidad Católica de Córdoba
- **RT:** Relación Terapéutica

1. INTRODUCCIÓN

A modo introductorio, el presente Trabajo Integrador Final es una producción realizada a partir de la experiencia transitada, a lo largo del 2022, en el marco de la cátedra Práctica Profesional Supervisada, como instancia final de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. A partir de este Trabajo y, bajo la forma de una sistematización teórica-práctica, se intentará dar cuenta de la experiencia Profesional Supervisada realizada en el ámbito clínico, específicamente, en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Ciudad de Córdoba.

En relación al tema que se abordará a lo largo del presente escrito, el mismo fue delimitado a partir de los elementos e intereses que surgieron en la experiencia de participar en los Ateneos del equipo de salud mental, así como de la observación no participante en el dispositivo de Revistas de sala del servicio de terapia intensiva de Neonatología, en la institución mencionada. De aquello derivó la propuesta de precisar, como eje de trabajo transversal para la formalización, una temática en particular vinculada al *lugar y especificidad del rol del psicólogo* dentro de la unidad de terapia intensiva de Neonatología, en dicha clínica privada polivalente.

Haciendo alusión a los distintos apartados del presente trabajo, en primera instancia se desarrollarán algunas cuestiones generales en torno al *contexto de la práctica* propiamente dicha, a saber: el ámbito clínico y ciertas especificidades en torno al marco regulatorio legal vigente. En segundo lugar, del *contexto institucional* de la Clínica en la cual se desarrolló la experiencia tales como su historia, propósitos, valores y misión. Además, se hará mención del Área de Salud Mental, ámbito a partir del cual se transitó la Práctica Profesional Supervisada. El tercer apartado estará dedicado a la explicitación del *eje de sistematización* que orientará el desarrollo posterior. En cuarto lugar, se desarrollarán los *objetivos* que ordenarán el devenir del análisis de la experiencia, seguidamente de la *perspectiva teórica* que dará sustento a la sistematización del eje trabajado. A continuación, se explicará la *modalidad de trabajo* utilizada. Luego, se continuará con el análisis de la experiencia, compuesto por dos subapartados: por un lado, la *recuperación del proceso vivido* y, por otro, el *análisis y la síntesis de la experiencia*. Por último, se finalizará con las *conclusiones, anexo* correspondiente e *índice bibliográfico*.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

La Práctica Profesional Supervisada del presente Trabajo Integrador Final, se llevó a cabo en el ámbito clínico, particularmente en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. A continuación, se desarrollarán algunas características generales sobre el ámbito clínico, a partir de precisar algunas cuestiones fundamentales en torno a la Psicología Clínica, el rol que asume el profesional psicólogo en dicho ámbito y, por último, aquellas cuestiones éticas a tener en especial consideración en el quehacer profesional.

2.1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: ORIGEN Y DEFINICIÓN

Si bien son múltiples los desarrollos teóricos en torno al surgimiento y el origen de la Psicología clínica, para arribar a una definición de la misma es interesante partir de considerar que el término *clínica* es originario de la Medicina. Aquel concepto hace referencia al proceso mediante el cual se trata de minimizar o acabar con el sufrimiento que producen las enfermedades físicas en los seres humanos, de lo cual puede derivarse aproximaciones en torno a su utilidad dentro del ámbito de la psicología. En 1896 se sitúan los inicios de la Psicología Clínica, cuando Lighner Witmer funda en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica con el nombre de *Psicología Clínica* (F.E.D.A., 2003). Este momento se empezó a definir un papel clínico del psicólogo hasta entonces caracterizado, sobre todo, como científico. Específicamente, se puede ubicar a la Psicología Clínica como un área de especialización de la Psicología, la cual se centra en la investigación y el tratamiento de la conducta anormal, compartiendo así el mismo interés con la psiquiatría. Inicialmente, fue llamada *clínica psicológica*, la cual contaba con una característica particular: estar cercana al servicio social, y ser útil para la enseñanza y la investigación dedicada -por completo- al diagnóstico, tratamiento y estudio de los desórdenes del comportamiento (Rey et al., 2012).

En continuidad con lo mencionado, Resnick (1991) define a la Psicología clínica como el campo que abarca la “investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de usuarios" (p.7). De esta manera, en diversas definiciones de la literatura biográfica actual, se destacan distintas características respecto al oficio del psicólogo clínico. Ahora bien, más allá del objeto de estudio y marco metodológico de abordaje específico que tenga cada corriente o estudio teórico, en términos generales se lo considera como un profesional que, además del diagnóstico y el tratamiento de los desórdenes comportamentales, también ejerce en su campo de acción la administración, la enseñanza y consultoría.

2.2. EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Para definir el objeto de estudio de la disciplina en cuestión, es necesario tener en cuenta que, en relación al terreno de la psicología clínica, hablar de un *modelo clínico* implica una orientación clínico-patológica, que tiene determinado mecanismo y tipo de intervención. Aquello opera respecto al objeto sobre el cual se interviene, el cual podría comenzar a ser definido como la enfermedad y, por ende, su *eliminación*. Es decir, en el repertorio conductual de un individuo, se busca suprimir lo que se define como la sintomatología, o aquellos comportamientos que le están causando malestar psicológico. Hasta aquí, se pone en evidencia una particularidad: al parecer, el objeto de la Psicología no es muy lejano al de la Medicina, donde ambas disciplinas tratan el sufrimiento. Es decir, por un lado la Medicina lucha contra las enfermedades físicas; por el otro la Psicología Clínica lucha contra las enfermedades o los trastornos mentales, que así devienen en objeto de intervención de la misma.

De esa manera, el interés principal radica en conocer las causas de los trastornos mentales y la búsqueda de procedimientos para su manejo, convirtiéndose aquello en el eje central del trabajo clínico psicológico (Piña, 2003).

2.3. LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE Y EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Respecto a la calidad y las particularidades que asume la relación médico-paciente, en la Medicina es de suma importancia, en tanto facilita un mejor diagnóstico y una intervención más rápida, a los fines de alcanzar resultados satisfactorios para ambas partes. En relación a esto, se tienen en especial consideración las normas éticas que operan en la profesión, para evitar cometer errores que puedan dañar el proceso (Moreno et al., 2011).

En el ámbito de la Psicología clínica, la relación psicólogo-paciente debe cumplir un eje de confianza durante la comunicación, para facilitar el proceso de diagnóstico y emprender potencialmente un proceso de psicoterapia como tal. Según el decir de Moreno et al. (2011) la relación terapéutica -conocida en el ámbito de la salud como *RT*¹- o relación de ayuda, se establece con una finalidad concreta, la cual pretende ayudar a la otra persona aportándole una mayor y mejor calidad de vida. En la práctica clínica, los profesionales de la salud deberán considerar el encuentro y trabajo con múltiples y diversos pacientes, donde cada uno forma parte y proviene de un contexto sociocultural e individual distinto. Esta dimensión es interesante tener en cuenta, ya que tal diversidad tiene incidencia en el repertorio de respuestas propias en las relaciones humanas, tanto por parte del paciente como del médico o psicólogo, las cuales pueden tornarse positivas o negativas, dependiendo de cómo se desarrolle la misma (Umaña, 2011).

¹ De aquí en adelante, las siglas RT corresponden a “relación terapéutica”.

Motivo por el cual se torna necesario que, en ese tipo de relaciones, los profesionales aprendan a transitarlas, sabiendo que no es una tarea fácil, donde la experiencia y registro consciente de lo que se está haciendo influyen en el bienestar de ambas partes. En lo que compete al quehacer en el ámbito clínico, los profesionales se encuentran frente a la necesidad de conocer cabalmente una multiplicidad de códigos deontológicos y normativas legales que establecen ciertas consideraciones éticas, a los fines fundamentales de propiciar espacios y maneras generadoras de bienestar subjetivo, para no ocasionar daños en el paciente. En relación a esto, en un estudio en la República de Argentina se concluyó que dichos códigos consideran la terapia psicológica como una relación entrelazada por sujetos conscientes y libres. Queda en evidencia así, una vez más, que la mencionada relación psicólogo-paciente debe constar de normas que regulen su devenir, para el buen funcionamiento dentro de la psicoterapia, así como considerar componentes que favorezcan la confianza durante la comunicación. Por otro lado, debe ser de mutuo acuerdo, a los fines de posibilitar el cumplimiento de los objetivos propuestos en la terapia (Ormart, 2006).

Por su lado Moreno et al. (2011) proponen como una cuestión esencial que los profesionales intervinientes puedan identificar las necesidades del paciente a los fines de darles prioridad a los problemas que conllevan una urgencia más imperante. Además, mencionan la importancia de la utilización de herramientas tales como la empatía, el respeto, la escucha (tanto activa como reflexiva), la concreción y la autenticidad; aspectos que favorecen indudablemente la construcción positiva y potenciadora de la *RT*.

2.4. CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS Y MARCO LEGAL REGULATORIO

En lo que respecta al marco deontológico que rige para la profesión del psicólogo en la República Argentina, se puede situar su creación a partir de la consolidación institucional de la profesión, proceso que culminó con la sanción de leyes de ejercicio profesional en todo el territorio. En este contexto, los Colegios profesionales de las diferentes provincias fueron sancionando sus Códigos de Ética.

Asimismo, en el año 1999 surge el Código Nacional de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, como un intento de unificar criterios deontológicos (Hermosilla et. al., 2015). El propósito fundamental del Código de Ética es proporcionar reglas de conducta profesional que puedan ser aplicadas por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y por otros organismos que decidan adoptarlas. En el proceso de toma de decisiones relativas a su conducta profesional, los psicólogos deben considerar este Código de Ética además de las Leyes vigentes. Si el Código de Ética establece una norma de conducta superior a la exigida por la ley, los psicólogos deben cumplir con la regla ética más elevada. Si una cuestión no puede ser resuelta por el Código de Ética, los psicólogos deberían considerar otros materiales profesionales y el dictado de su propia conciencia, así como consultar con otras personas dentro de esa disciplina cuando ello resulte práctico (Federación de Psicólogos de la República Argentina, 1997)

Por último, es menester mencionar algunos de los principios generales que se proponen como esenciales en el quehacer: la competencia, integridad, la responsabilidad profesional y científica, así como el respeto por los derechos y la dignidad de las personas y responsabilidad social.

2.4.1.LEY DE SALUD MENTAL

En el año 2010 se sancionó la Ley Nacional 26.657, dando lugar a una nueva concepción de salud mental que trajo aparejados cambios sustanciales no solo a nivel conceptual, sino en las dimensiones de detección, asistencia, tratamiento, seguimiento y prevención en el ámbito de la salud mental. De esta manera, se comienza a reconocer a la misma como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley Nacional Nro 26.657, 2010).

De esta manera, se establece que el cuidado de la salud mental está vinculado a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, buscando así que se garantice el derecho a la protección y acceso a la atención de la salud mental. Otra cuestión importante a ser considerada, es que La ley expresa que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas y tratadas en hospitales comunes y no en instituciones psiquiátricas. La internación, si llegase a ser el recurso necesario, debe ser breve y previamente notificada a un juez. Entre los derechos que esta ley establece para los ciudadanos, uno de ellos se relaciona con las posibilidades de toma de decisiones relacionadas con la propia atención y tratamiento -dentro de sus posibilidades- (Ley Nacional Nro 26.657, 2010).

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

La Práctica Profesional Supervisada se llevó a cabo en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, la cual es una institución de salud que forma parte de la Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba. Tal como se indica en su sitio web², el surgimiento de la misma puede situarse en el año 1959, por iniciativa del Rector R.P. Jorge A. Camargo S. J. Esta clínica polivalente cuenta con dos sedes principales, una ubicada en la calle Oncativo 1248, y la otra en Jacinto Ríos 554, ambas en el barrio General Paz de la Ciudad de Córdoba.



Figura Nro 1. Ubicación de la Clínica Universitaria Reina Fabiola³

² Información proporcionada en el sitio web institucional: <http://www.clinicareinafabiola.com.ar>

³ Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Clinica+Universitaria+Reina+Fabiola/@-31.4295404,-64.1907858,14z/data=!4m9!1m2!2m1!1sclinica+reina+fabiola!3m5!1s0x9432a2a088ccda2d:0xfd191c1ea84b3929!8m2!3d-31.4098761!4d-64.1680823!15sChVjbGluaWNhIHJlaW5hIGZhYmlvbGFaFyIVY2xpblmjYSByZWluYSBmYWJpb2xhkgETdW5pdmVyc2l0eV9ob3NwaXRhbJ0NoWkRTVWhOTUc5blMwVkpRMEZuU1VSUE9Vd3laRVZCRUFF4AEA>



Figura Nro 2. Ingreso de la Clínica⁴

Respecto a los *objetivos* que persiguen como institución sanitaria, los mismos se relacionan con brindar prestaciones en salud, así como apoyar la formación de los alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud y formar profesionales altamente calificados mediante residencias médicas y especializaciones de posgrado, para poder brindar una excelente calidad asistencial a la comunidad. Con el fin de ofrecer un servicio de excelencia asistencial a la comunidad, la Clínica potencia, mediante residencias médicas y especializaciones de posgrado, el desarrollo de profesionales altamente calificados.

⁴ Información proporcionada en el sitio web institucional.

La formación de alumnos y la atención a pacientes que brinda la Clínica Universitaria Reina Fabiola (*CURF*⁵) se encuentran a cargo de reconocidos profesionales de la salud y se focalizan en la combinación de lo técnico y lo humano. Además, son sostenidas mediante infraestructura y equipamiento que se adecúan y actualizan constantemente. En concordancia con los lineamientos de Responsabilidad social empresarial, y de acuerdo a su Misión, Visión y Valores institucionales, la Clínica postula al paciente como el valor humano fundamental y la guía hacia la mejora continua⁶.

Haciendo alusión a al surgimiento de la institución, la *UCC*⁷ abrió sus puertas el 8 de junio de 1956 convirtiéndose en la primera universidad privada del país. La *CURF* (que forma parte de la *UCC*) fue fundada el 12 de octubre de 1959, por iniciativa del Rector R.P. Jorge A. Camargo S.J. y un grupo de profesionales del arte de curar. En aquel entonces, nació bajo el nombre de *Clínica San José*, estando ubicada en la calle Av. Julio A. Roca Nro 1111. El 1 de mayo de 1961, por una propuesta del R.P. Jean Sonet S.J., Vicerrector de Desarrollo de la Universidad, recibió el nombre de *Clínica Reina Fabiola-Hospital Esquiú*, en homenaje a la Reina de Bélgica y en agradecimiento a la colaboración de la Asociación de Amigos de aquel país. Al año siguiente, recibió la visita de Leopoldo III, padre del Rey Balduino I. El 15 de agosto de 1963, el R.P. Jorge A. Camargo S. J. realizó la inauguración simbólica de la nueva sede en Bv. Junín N° 6. El 9 de octubre del siguiente año, los Reyes de Bélgica, el Rey Balduino I y la Reina Fabiola, visitaron la nueva sede. En 1974, la institución desembarcó en barrio General Paz, en el edificio situado en calle Oncativo N°1248, junto a la Facultad de Ciencias de la Salud de la *UCC*, estructura a la que se sumó el edificio de calle Jacinto Ríos N° 554, en el año 2015.

De acuerdo a la información proporcionada en la web institucional, en la actualidad desarrolla sus actividades en las múltiples dependencias de la ciudad de Córdoba. En el 2018, sumó la nueva sede ubicada en barrio Jardín, logrando así un total de 20.000 m² con los que se procura dar respuesta a las necesidades de la medicina actual y ofrecer un servicio de calidad a los pacientes.

⁵ De aquí en adelante, las siglas *CURF* corresponden a “Clínica Universitaria Reina Fabiola”.

⁶ Información proporcionada en la página web institucional.

⁷ De aquí en adelante, las siglas *UCC* corresponden a *Universidad Católica de Córdoba*.

Respecto a su *misión*, es una Clínica Universitaria con ámbito de ejercicio en la provincia de Córdoba, comprometida en brindar prestaciones de excelencia en salud de baja, mediana y alta complejidad, y en la formación de profesionales médicos y del equipo de salud. Se encuentran abocados a la realización de aportes al conocimiento científico mediante la investigación, en el marco de la filosofía de la UCC, ejerciendo la responsabilidad social que les compete con ciencia, conciencia y compromiso. Por último, en torno a los *valores* que persiguen, se ubican los siguientes:

- *Respeto*: como manifestación de pluralismo y dignidad a la persona humana.
- *Idoneidad*: aptitud del talento humano de toda la organización para responder a los requerimientos de quienes nos eligen.
- *Calidad*: cualidad de nuestro desempeño en la satisfacción del usuario.
- *Entrega Social*: atender con devoción, diligencia y conocimiento.
- *Equidad*: como garantía de los derechos de las personas.
- *Honestidad*: con transparencia y honradez, priorizamos el beneficio del paciente⁸.

3.2. ÁREA DE SALUD MENTAL

El Servicio de Psiquiatría y Psicología de la Clínica Universitaria Reina Fabiola se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con distinto grado de padecimiento en el campo de su psiquismo. Su servicio ofrece atención temprana, multidisciplinar y oportuna a pacientes que llegan con algún tipo de dificultad en esta área, no limitándose al tratamiento de las llamadas “enfermedades mentales” o psiquiátricas, sino que, fundamentalmente se dirigen a aliviar el sufrimiento psíquico en sus diversas manifestaciones, a través de un abordaje psicodinámico, que permita una comprensión lo más profunda posible de los orígenes de este sufrimiento.

⁸ Información proporcionada en el sitio web institucional.

A partir de la información proporcionada en el sitio web institucional, el Área cuenta con un equipo formado por profesionales psiquiatras y psicólogos de sólida formación, que trabajan de manera integral y coordinada para brindar un servicio adecuado a las necesidades de la comunidad, se trabaja en estrecho contacto con el resto del cuerpo médico de la Clínica, ya que entienden que no hay padecimiento físico que no acarree un dolor psíquico. Los profesionales realizan actividades de docencia y formación continua, así como también proyectos de investigación que abarcan tanto aspectos biológicos como psicológicos y sociales. También se realiza la atención de pacientes internados en la institución, e interconsultas dentro de la Clínica, así como un programa especial en el área de Psicooncología⁹.

A continuación, se detalla el organigrama institucional¹⁰, conformado por diversos cargos y relaciones entre sí.

⁹ Información proporcionada en la página web institucional.

¹⁰ Gráfico confeccionado por la autora de la presente sistematización, a partir de la información proporcionada en la web institucional.

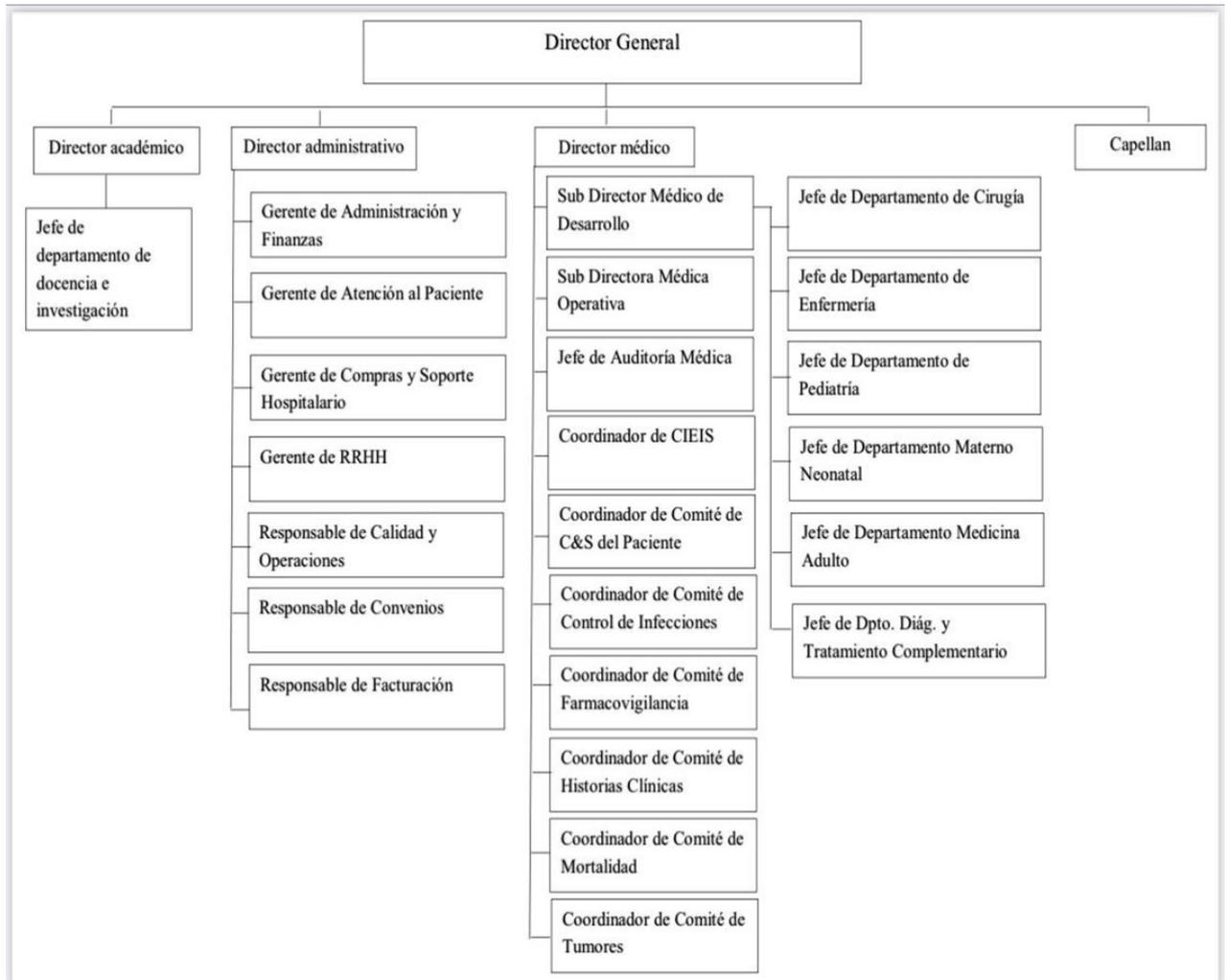


Gráfico Nro 1. Organigrama Institucional

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El rol del psicólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos de una Clínica privada polivalente de la Ciudad de Córdoba”.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales de una clínica privada polivalente de la ciudad de Córdoba.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Conocer las funciones, actividades y lugar que ocupa el psicólogo dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales de una clínica privada polivalente de la Ciudad de Córdoba.
- B. Describir las estrategias de intervención que realiza el psicólogo dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales de una clínica privada polivalente de la Ciudad de Córdoba.
- C. Analizar la modalidad del trabajo interdisciplinario del psicólogo con otros profesionales dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales de una clínica privada polivalente de la Ciudad de Córdoba.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

En el presente apartado, se trabajarán teóricamente algunas cuestiones en torno a la temática que da sustento a esta sistematización teórico-práctica, a saber: la Psicología perinatal y el rol del psicólogo en el ámbito de cuidados neonatológicos. Para ello, se buscará dar cuenta de qué se trata su objeto de estudio, campo de acción e intervenciones posibles. De esta manera, se ordenará el desglose teórico en dos subapartados. En primer lugar, de qué se trata el desarrollo del quehacer psicológico clínico en el ámbito hospitalario general y, particularmente, en Neonatología. Esto permitirá describir con qué tipo de acontecimientos y situaciones se encuentra el psicólogo en la UCIN, para lo cual se desarrollarán algunos aspectos generales de la Psicología perinatal. Por último, se planterán algunas precisiones respecto al rol del profesional y la evaluación psicológica en el ámbito perinatal.

6.1. LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO PERINATAL

Cuando un recién nacido, por las circunstancias delicadas de salud que atraviesa, ingresa al Servicio de Neonatología, se encuentra frente a la situación de ser asistido permanentemente, cuidado en incubadora y monitoreado por el equipo de salud. Asimismo, el nacimiento de un hijo prematuro o con alguna patología da lugar a una situación de angustia, miedo e incertidumbre en los padres, quienes desconocen cuál será la evolución y desarrollo del estado de salud del recién nacido, el cual se encuentra bajo la situación de cuidados intensivos neonatales. La eficacia médica en su quehacer permite garantizar la calidad de la atención neonatológica y orgánica del bebé y, en este punto, el avance de la tecnología ha mejorado, notablemente, diferentes aristas de dicha asistencia. En este sentido, González (1996) dirá que han sido notorios los avances en el ámbito de la Neonatología pero, fundamentalmente, en los servicios de Terapia Intensiva.

De esta manera, allí “el esfuerzo dirigido al neonato grave trajo como efecto una drástica reducción de la mortalidad neonatal, obteniendo grandes avances particularmente en los niños malformados y de muy bajo peso, niños que hasta los años '70 morían sin posibilidades” (p. 87).

En los últimos años, por otra parte, se ha hecho hincapié en la importancia de los cuidados humanizados de las personas en situación de cuidados intensivos, por lo que resulta fundamental el factor humano y la capacidad de los profesionales de la salud de contemplar esta dimensión de la vida. “Es así como el médico se interesa cada vez más por el aspecto psíquico del neonato, a preocuparse por evitar el dolor y el stress al niño” (González, 1996, p. 87). Tal como describen De Estrada et al. (2005),

(...) los psicólogos de la salud, acostumbrados a dar respuestas de carácter práctico - asistencial a las demandas de la población, fuesen cada vez más reclamados para su trabajo en instituciones clínico - quirúrgicas por especialidades médicas en las que, incluso a nivel mundial, existían escasas experiencias de trabajo médico - psicológico conjunto (p. 2).

De esta manera, el ingreso del psicólogo en el campo de la Medicina, es una incorporación requerida para la colaboración en el abordaje de las problemáticas que, a diario, se hacen presentes a partir de la situación crítica de nacimiento que se produjo. Así, el poder considerar la perspectiva psicológica y emocional en juego, permite pensar formas de abordarla y considerar estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario del equipo que se ocupa de la atención neonatal en dicho espacio de trabajo hospitalario (León Martín et al., 2005).

Entonces, desde el punto de vista psicológico se considera que este periodo de cuidados neonatológicos intensivos puede tener consecuencias y dificultades en el desarrollo psicoafectivo y neuronal del bebé. Ahora bien, estas son producto no sólo del nacimiento prematuro (por ende, la interrupción de su maduración orgánica) o de la patología que sufra el recién nacido, sino que también pueden ser generadas por la inevitable separación temprana del vínculo materno-filial que implica.

Por ende, en la bibliografía actual sobre la temática, diversos autores dedican sus esfuerzos a investigar cómo el recién nacido hospitalizado necesita no sólo del monitoreo médico, sino también del contacto materno. Ya que, en los casos de internación prematura, Hauser et al. (2018) dirá que “existe un riesgo relacional mayor, por lo que hay mayores posibilidades de aparición de modalidades vinculares disfuncionales” (p. 545). Es decir, se torna imprescindible que el niño hospitalizado pueda sentir cercana la presencia de su madre ya que, distintos tipos de conductas de maternaje, cuidados y apego, permiten la construcción progresiva del sujeto (De Durán, 2011, p. 188).

Así, “conocer lo que ocurre en los primeros momentos de la relación madre-hijo es crucial. La observación profesional atenta permitiría detectar con prontitud situaciones críticas, posibilitando el despliegue de intervenciones oportunas” (Hauser et al., 2018, p. 546). Tal como menciona Neri (2012), se requiere de una “atención integral, es decir, la consideración de los aspectos tanto físicos como psicológicos, emocionales, sociales y espirituales en el contexto de una atención continuada e individualizada” (p. 19). Entonces, es de vital importancia la figura del psicólogo como un profesional dedicado al campo de la salud materno-infantil, en tanto se concibe como necesario, a la hora de abordar el bienestar y estado orgánico de un paciente, superar la fragmentación de saberes en la atención física y psíquica, tanto de la madre como del recién nacido (Savone, 2019).

Respecto a los avances del saber psicológico en este ámbito de acción, la denominada Psicología Perinatal es un área de la Psicología de la primera infancia que, en los últimos años, se ha constituido como un nuevo campo de inserción del psicólogo. Respecto a su objeto de interés, abarca los aspectos y las cuestiones atinentes al proceso de embarazo, parto, puerperio y primeros meses de vida del niño. Se trata de un campo que requiere, esencialmente, la interdisciplinariedad. En este sentido, el trabajo del psicólogo perinatal se desarrolla junto a otros profesionales del campo de la salud y de diversas áreas especializadas, tales como neonatólogos, obstetras, pediatras, psicomotricistas, entre otros. (Gómez et al., 2019). Esta inédita modalidad de trabajo supone una confluencia de saberes a partir de la labor articulada de prácticas diversas y un estilo de trabajo profesional junto a otros. Además, la heterogeneidad de disciplinas abocadas a un mismo quehacer, la salud materno-infantil, requiere de la aceptación de encuadres diferentes.

Por lo que, en muchas ocasiones, es necesario modificarlos, ya que los espacios de trabajo o intervención no son los pensados tradicionalmente. Haciendo alusión a ello, por ejemplo, es muy frecuente que en el ámbito de los cuidados intensivos, tenga que realizarse una situación de entrevista con una mamá frente a la incubadora o en la sala de parto, in situ: es decir, donde la crisis y el malestar o el conflicto se manifiestan. De esta manera, la adaptación del encuadre supone reconocer el carácter de urgencia para intervenir ante la emergencia, cuando no se puede esperar los tiempos programados de la interconsulta en terminos clínicos clásicos (Oberman et al., 2011).

En relación a la labor del psicólogo en el ámbito perinatal, la misma consiste, principalmente, en acompañar y sostener psicológicamente a la madre y su familia ante la internación del bebé en la terapia neonatal. También, decodificar las angustias, emociones y la historia familiar de ese bebé, así como sostener al equipo cuidador de médicos y enfermeras y realizar observaciones vinculares madre-hijo durante la internación (Savone, 2019). En otras palabras, tal como lo expresa Nieri (2012):

una de las funciones del psicólogo perinatal es 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 (p. 20).

En lo que respecta a la inclusión del psicólogo en el equipo de salud perinatal, la misma va a suponer que se consideren los procesos que atraviesa una familia, tales como el embarazo, parto y puerperio, desde una visión que contemple los aspectos dinámicos relacionales, familiares, sociales y conyugales, en detrimento de una perspectiva meramente médica y organicista (Oberman et al., 2011).

En este sentido, son muchos los estudios realizados sobre los diversos aspectos que se ponen en juego en el proceso de internación de un bebé recién nacido en la UCIN. A continuación, se retomaran los resultados o conclusiones de algunos de ellos, que resultan interesantes considerar. En una investigación llevada a cabo en el Hospital Materno Infantil Ana Goitia, Oiberman et al. (2011) describen dicho estudio consistió en la administración de una Entrevista Psicológica Perinatal a una muestra de 607 madres, durante el año 2008 y 2009. A partir de la misma se buscó indagar respecto de los problemas o eventos que preocuparon a la madre durante el último año, obteniendo que solo 46 madres en el año 2008 y 16 madres en el 2009 refirieron no haber experimentado ninguna situación problemática. Las investigadoras señalan este aumento de las madres que vivenciaron situaciones problemáticas, mientras que en 2008 fue del 87.2%, en 2009 el 93.4% expresaron situaciones problemáticas como sucesos significativos, problemas físicos o psicológicos, conflictos en la infancia o impacto por el nacimiento del niño (Oiberman et al., 2011).

Respecto a las múltiples emociones de las madres de los bebés que permanecen internados en una UCIN, en varios estudios se hace hincapie que predominan sentimientos tales como la culpa, decepción, frustración e inseguridad, lo que sin duda podrá afectar las interacciones que mantengan con sus hijos (Davim et al., 2010). Asimismo, en una investigación conducida en San Luis en una muestra de 40 madres, se obtuvo que éstas experimentaban predominantemente un fuerte estremecimiento frente al primer encuentro con su bebé en la incubadora, asociado fundamentalmente a la percepción de su aspecto (Hauser et al., 2014). Brazelton y Cramer (1990) señalan que el proceso psicológico del embarazo está caracterizado por la fuerza y la ambivalencia de los sentimientos, donde puede aparecer confusión o ansiedad, retraimiento emocional, regresión a una actitud más dependiente respecto de ciertas personas de la familia o temores por parte de la madre de producir algún daño al feto con sus sentimientos negativos.

6.2. SOBRE EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Intervenir cuando la espera no es dulce, intervenir en el dolor o el sufrimiento de una embarazada, o de los futuros padres, intervenir cuando la muerte o la locura son una amenaza... o una realidad, intervenir con quienes las cuidan, es un trabajo que facilita la simbolización, la elaboración y nuevos órdenes de la posición subjetiva sin establecer respuestas acabadas y en permanente reinención en el caso por caso (Ramírez, 2009, p. 113).

Vega (2006) sostiene que el rol del psicólogo en un servicio de Neonatología implica una tarea de acompañamiento y oficiar de soporte, a los fines de que sea posible un trabajo o proceso de desarrollo de aspectos, recursos y sentidos que permitan, a los individuos, atravesar esta situación de crisis e incertidumbre. Dicho en otras palabras, “el trabajo del profesional consistirá en ofrecer un espacio de subjetividad al paciente, darle al sujeto la posibilidad de que aloje un sentido y produzca todos los sentidos posibles” (Ramírez, 2009, p. 112). Para ello, por la diversidad de aristas que se ponen en juego en estas situaciones, es esencial que el profesional se dedique a abordar la situación, y los aspectos intervinientes, desde una visión biopsicosocial, en coordinación interdisciplinaria con demás disciplinas de la salud. Tal como afirma Caruso (2011), es necesario pensar la problemática en forma relacional, es decir, integrando al bebé, al adulto cuidador y a la institución, considerando como fundamental el modo de comunicación que el terapeuta utiliza en sus intervenciones a lo largo de los diferentes momentos de la internación.

Además, otra de las cuestiones que hacen a la particularidad del trabajo con la dimensión psicológica en la UCIN es que, tal como varios estudios (Milán et al., 2015; Nieri, 2012) se dedican a tratar, el trabajo en psico-neonatología se da en la trinchera o, dicho de otra manera, en una situación de crisis, en el momento que ocurren los acontecimientos y la crisis sobreviene.

En contextos institucionales tales como los hospitales, el vínculo inicial del bebé con la madre merece una especial atención, ya que en circunstancias como por ejemplo de internación, el modo de vincularse inicialmente se ve alterado. Entonces, respecto a las intervenciones en relación al bebé, las mismas están destinadas a permitirle un progresivo proceso de apego. En este sentido, en la bibliografía actual sobre la temática, se hace énfasis en la importancia de que este proceso tenga lugar, ya que si no ocurre se pueden generar dificultades en los procesos de maduración y desarrollo que, a su vez, propician la emergencia de posteriores complicaciones a mediano y largo plazo y en diversos aspectos (cognitivos, emocionales, psíquicos, entre otros). La evaluación temprana permite detectar problemas, o bien facilitar el normal desarrollo del cerebro del bebé, el cual se vio afectado e interrumpido por la situación de prematuridad. En un estudio sobre estas cuestiones llevado a cabo por Serrano (2010), se menciona que

en relación a la evolución cognitivo-intelectual, emocional y conductual de los grandes prematuros (...) hemos hallado como indicadores de riesgo el modelo vincular inseguro de la madre, el bajo nivel educativo familiar (con más influencia el de la madre) y bajas condiciones socioeconómicas (...) Debemos señalar, una vez más, que esta asociación no se puede entender en términos de causalidad lineal, sino de pluricausalidad e interacción de factores de vulnerabilidad (p. 135).

La labor con los padres se torna fundamental, ya que “se dirige a quienes sostienen la función materna y paterna para este bebé, en tanto es a partir de ellos que se establecerán las futuras condiciones para la estructuración psíquica de este niño” (González, 1996, p. 88). En este sentido, Pose (2004) sostiene que el encuentro de los padres con su hijo internado puede provocar sentimientos de miedo por la posible muerte del recién nacido lo cual, a su vez, puede verse significativamente agravado por el carácter de imprevisto del parto, en casos de prematuridad o nacimiento antes de término o, también, por la falta de significaciones respecto al propio estado del bebé. Así, en el encuentro con la situación de internación, los padres comienzan un proceso de duelo por dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, por el parto propiamente dicho (en ocasiones prematuro o con complicaciones).

En segundo lugar, por el bebé imaginado, para progresivamente ir encontrándose con el bebé real. La madre se encuentra con su bebé en la UCIN, rodeada de equipos médicos que son desconocidos en sus funciones para ella, por lo que pueden asustarla y resultan perturbadores para la familia (Nieri, 2012; Nikodem, 2009).

Por lo que el trabajo con los padres, entonces, supone focalizarse en lo que sienten y piensan en estas circunstancias, estimulando las estrategias de afrontamiento que pueden desplegarse en esta situación para atravesarla. En este sentido, es de sumo interés interiorizarse en conocer si los padres cuentan con redes familiares y sociales de apoyo.

Por último y, respecto a las intervenciones destinadas al equipo de salud, las mismas están especialmente destinadas a cuidar al cuidador, atender a sus necesidades, reconocer las propias limitaciones y las del equipo de salud, la importancia de los lazos significativos, del humor, entre otros (Vega, 2011; Vega, 2013). Por lo que, en términos generales, la labor del profesional de la salud implica contribuir al bienestar emocional, el establecimiento de vínculos saludables con el bebé y la adaptación a los nuevos roles en función de las necesidades. Para ello, se incluyen estrategias de intervención que apuntan a la promoción y prevención de la salud, así como el trabajo con aspectos psicoeducativos y de sostén. En este sentido, se requiere que el profesional adopte un rol flexible y se pueda ir adoptando a las formas necesarias para responder a las demandas que se hacen presentes. Para ello, es necesario que se definan objetivos psicoterapéuticos a inmediato plazo, con intervenciones breves y dirigidas a resolver la problemática, propiciando nuevos sentidos a lo sucedido (Santos et al., 2011). Tal como se mencionó, no se limita a los elementos de encuadre de atención clínica en espacios clásicos de trabajo terapéutico, sino que se deben considerar encuadres diversos que abarcan dispositivos de atención en consultorio externo, tareas en la unidad de terapia intensiva neonatal, salas de parto, parto y cesáreas, salas de internación conjunta, salas de internación obstétrica y consultorio de Psicología de la primera infancia (Oberman et al., 2011).

Por último, es interesante mencionar un aspecto de la labor del psicólogo en el ámbito perinatal: su quehacer responde no sólo a cuestiones de índole profesional y humanas, sino también éticas y políticas. Es decir, se trabaja para favorecer el protagonismo y empoderamiento de quienes atraviesan dichos procesos. Se trata de dar lugar a las vivencias subjetivas, de posibilitar la puesta en palabras, habilitar sentires y pensamientos ambivalentes o que no conciben con “lo esperado”, propiciar la búsqueda de recursos internos, la creación o reactivación de redes de sostén (De Estrada et al., 2005).

6.2.A. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PERINATAL Y EL USO DE LAS ENTREVISTAS

Por último, tal como se desarrolló previamente, el trabajo asistencial psicológico implica acompañar y sostener los momentos de crisis, la elaboración de situaciones traumáticas o momentos cruciales de los papás del bebé internado y las diferentes necesidades del equipo médico. Ahora bien, Grisolí (2005) desarrolla algunos aspectos importantes de la evaluación psicológica que se requiere hacer de la situación en el ámbito neonatal, a los fines de definir estrategias de intervención y objetivos de trabajo en conjunto. En este punto, la autora considera tres ejes fundamentales a la hora de realizar una evaluación de la situación de un bebe internado y su familia. Lo principal es situar el “lugar del niño en la historia de la familia” (p. 1), en segundo lugar algunos aspectos generales en torno al “desarrollo psicomotor del niño y la interacción madre – bebé” (p. 1) y, por último “la implicación del evaluador” (p. 1) para lo cual entiende que es imprescindible situar el vínculo entre los padres y el equipo médico tratante.

De esta manera, el reconocimiento y aceptación de la influencia de factores no solamente biológicos, sino también psicológicos y sociales en el proceso de salud-enfermedad materno-infantil, dio lugar a nuevos abordajes asistenciales en salud perinatal. Para indagar estos aspectos influyentes en el proceso de la maternidad y la situación neonatal, es posible la aplicación de un instrumento clínico diseñado para tal fin y para este contexto particular, a saber la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP). Al respecto, Oiberman et al. (2011) dirán que “en 1999 y con el propósito de anexarla a la historia clínica neonatal, la entrevista fue transformada en un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo médico” (p. 18).

Es un tipo de entrevista que permite recabar información y detectar sucesos significativos de vida que pueden influir durante el embarazo y parto, a los efectos de incluir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades (Oiberman et al., 2015). Se administra en situaciones de mamás internadas por causas maternas, pero que los bebés no presentan trastorno o complicación médica alguna o, por el contrario, en casos de mamás sanas, es decir sin una patología pre o post parto, cuyos bebés se encuentran internados por alguna afección neonatal o prematuridad (Santos et al., 2011). Oiberman et al. (2008) dirá que la EPP es el dispositivo privilegiado con el que trabajan los psicólogos neonatales, debido a que permite la expresión de emociones y problemáticas en torno al nacimiento en este momento de crisis. Dentro de los dispositivos con los que se cuenta, la EPP resulta fundamental, ya que se trata de un instrumento diseñado específicamente para este campo de trabajo y permite visualizar aquellas situaciones en las que las madres, y su familia, experimentan sentimientos angustiantes y de preocupación respecto de la salud de sus hijos. A partir de la utilización de este dispositivo, el psicólogo podrá intervenir en las situaciones impensadas por las madres favoreciendo la palabra, el pensamiento y el contacto con las emociones (Hauser et al., 2015).

Como se mencionó, consiste en una entrevista psicológica de sesión única que toma diversos aspectos relacionados con el proceso de maternidad y su diseño óptico hace eficaz la comunicación entre los profesionales del equipo asistencial. Respecto a las temáticas que aborda, es un tipo de entrevista que toma en cuenta algunos elementos tales como 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 en embarazos y partos anteriores y los temas que emergen. Se registran, además, aquellos sucesos significativos que aparecen como la preocupación principal de la madre en ese momento, estén o no relacionados con su maternidad. Asimismo, se registran vivencias traumáticas de la infancia y la historia personal, ya que las mismas pueden ser resignificadas ante la llegada del nuevo integrante de la familia (Milán et al., 2015).

Este instrumento indaga de qué manera la madre puede significar y resignificar al niño en el momento del nacimiento, tomando en consideración los conceptos de bebe imaginado, fantasmático y real (...) identificar los sucesos significativos ocurridos en el último año, así como también conocer sobre la planificación del embarazo, la aceptación o rechazo del mismo, si la madre imaginó al bebé y soñó con él, si percibió los movimientos del mismo en su vientre, las respuestas emocionales frente a las primeras imágenes en las ecografías, permiten conocer las características del bebe imaginado por esa mamá; la indagación sobre los conflictos infantiles, la reacción con su propia madre, permiten conocer las características del bebé fantasmático; mientras que la observación del comportamiento materno ante el impacto provocado por el nacimiento prematuro, por la internación, permite conocer las características del bebé real que pueden incidir en las dificultades en la lactancia y en el fenómeno de la extrañeza ante el bebé (Hauser et al., 2014).

Considerando lo mencionado y, siguiendo lo planteado por Hauser et. al. (2015), se puede concluir con la vital relevancia de la utilización de una EPP, a los fines de poder discernir las problemáticas en juego, así como acompañar los procesos psicoemocionales de los papás y familiares del recién nacido, a partir de intervenciones que se ajusten a sus requerimientos, procesos que atraviesan y necesidades. Esto también es esencial, para no descuidar aspectos familiares, sociales y físicos puestos en jaque en situaciones de esta índole.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo es una producción que intenta dar cuenta de la experiencia de Práctica Profesional Supervisada realizada a lo largo del año 2022. Para llevar a cabo la formalización de dicha experiencia, la modalidad que se utilizará será la de una *sistematización*. Respecto a los datos recabados que se analizarán con posterioridad, los mismos serán tomados desde diversas fuentes: a partir de la búsqueda y revisión bibliográfica sobre las variables que forman parte del tema de investigación, registros escritos de la práctica llevada a cabo y las entrevistas tomadas a las profesionales del equipo de la UCIN.

A continuación, se detallan aspectos relacionados con la modalidad de sistematización seleccionada, así como las técnicas de recolección de datos utilizadas, algunas precisiones sobre la caracterización de los sujetos estudiados y, por último, algunas consideraciones éticas a contemplar.

7.1. MODALIDAD DE SISTEMATIZACIÓN

En relación sistematización de experiencias, a partir de lo postulado por Jara (2011), la misma es definida principalmente como una manera que permite “clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones” (p. 3), con la que se apunta a “obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias” (p. 3). La principal intención es la de comprenderlas y extraer sus enseñanzas apropiándose críticamente de ellas, para luego comunicarlas y compartirlas con otras personas. Siguiendo la línea del autor, este tipo de estudio permite reconocer “los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (p. 4) a lo largo de todo el proceso. A su vez, se verifica que los principales protagonistas de la sistematización deben ser “quienes son protagonistas de las experiencias” (p. 5).

Barnechea García et al. (2010) plantean que, respecto al corpus teórico y su lugar en el marco de un trabajo de investigación, la misma nunca es suficiente, ya que los autores comprenden que es en el campo del quehacer, que se van construyendo e hilvanando contenidos teóricos previos y, de esta manera, se van generando nuevos saberes. Por último, haciendo alusión a la importancia de la instancia de sistematización como un optimizador modo de producir un proceso de aprendizaje teórico-práctico, Jara (2011) haciendo alusión a sus ventajas dice que “la sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora” (p. 4).

7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos, son: los registros de campo recopilados a partir de observación no participante de Ateneos de salud mental, y Revistas de sala de UCIN¹¹, los registros de la practica llevada a cabo, así como entrevistas semidirigidas realizadas a los profesionales de UCIN y al equipo de salud mental de la Clínica.

Acerca de esta modalidad específica de participación, Yuni et al. (2006) dirán que el observador no participante adopta un “rol de espectador de la realidad y evita realizar acciones que modifiquen o alteren el fenómeno que le interesa observar” (p. 41). Los mismos autores consideran a la entrevista semi estructurada parte de un guión (un listado tentativo de temas y preguntas) en el cual se señalan los temas relacionados con la temática del estudio. En el desarrollo de la entrevista, se van planteando los interrogantes sin aferrarse a la secuencia establecida previamente, permitiendo que se formulen preguntas no previstas, pero de igual manera absolutamente pertinentes.

¹¹ De aquí en adelante, las siglas UCIN corresponden a *Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*.

De esta manera, el guión indica la información que se necesita para alcanzar los objetivos planteados. Cuando las entrevistas son realizadas por diferentes investigadores, el guión es relevante como recurso para la confiabilidad. Sin embargo, el guión no es una estructura cerrada y limitante al que deben someterse entrevistador y entrevistado, sino que es un dispositivo definido previamente que orienta el curso de la interacción.

Con respecto a los registros, Jara (2013) hace alusión a lo indispensable de realizar y guardar registros de lo que ocurre en la experiencia de prácticas. Es por ello que, tal como se mencionó, en el caso de la Práctica Profesional Supervisada llevada a cabo en la Clínica, el mayor insumo proviene de las anotaciones o registros escritos a partir de la observación no participante, realizada en los Ateneos de salud mental y en las Revistas de sala de la UCIN.

7.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La población está conformada por los profesionales psicólogos que trabajan dentro del servicio de UCIN de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, así como por todos aquellos profesionales con los que el psicólogo trabaja de manera interdisciplinaria a la hora de realizar una intervención dentro de la sala de Neonatología: es decir psiquiatras, trabajadoras sociales, psicomotricistas, entre otros. Además, se consideran algunas familias y bebés que se encuentran ingresados en la UCIN, en el periodo comprendido.

7.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El principio fundamental para todos los requerimientos éticos de la práctica profesional del psicólogo es el *respeto por la dignidad de las personas y los pueblos*. Por lo tanto a lo largo de este trabajo se respeta la obligación de secreto profesional y se mantiene el anonimato de quienes participaron de la experiencia.

De acuerdo con el Código de Ética de Fe.P.R.A (1997) se debe omitir o alterar cualquier dato que permita identificar a las personas involucradas y los resultados obtenidos no se deben tergiversar, ni omitir, como así tampoco se deben falsificar ni falsear los resultados y conclusiones. Estas cuestiones y las referentes a los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos enmarcados en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) han sido consideradas en la Práctica Profesional supervisada llevada a cabo. Respecto a lo anterior, algunos de los valores esenciales son el consentimiento informado, el derecho a la información, la protección de datos y confidencialidad, así como la gratuidad, no discriminación y posibilidad de abandonar la entrevista en cualquiera de sus fases.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En el siguiente apartado, se realizará una descripción y reconstrucción del proceso vivido en la experiencia de Práctica Profesional Supervisada, llevada a cabo a lo largo del año 2022. Dicha práctica fue realizada en la Clínica Privada Polivalente Reina Fabiola, institución en la cual se participó bajo el rol de observadora no participante, tanto a Ateneos de Salud Mental, como a espacios de discusión entre los profesionales, denominados Revistas de Sala de la UCIN. Además, se realizaron entrevistas a los profesionales que trabajan dentro de este servicio.

A. ¡A COMENZAR!

En el mes de Marzo 2022 comenzamos a cursar la cátedra *Práctica Pre Profesional*, la cual nos acerca a nuestro rol y quehacer como psicólogos. Cada alumno confeccionó una carpeta de presentación en la que pusimos en qué contextos nos interesaba estar y por qué. Se nos dio la opción de elegir tres contextos, yo elegí en primer lugar el Clínico, en segundo lugar el Jurídico Forense y en tercer lugar el Sanitario. Durante las entrevistas, en el contexto clínico se mencionó que la Clínica Reina Fabiola se había sumado a las instituciones, en ese momento yo dije “me encantaría estar en la Reina”. Las entrevistas pasaron y todos quedamos a la espera de ver en qué contexto e institución habíamos quedado.

Un tiempo después, me encontraba tomando café con mis compañeras en el bar de la facultad y una de las chicas gritó: “¡ya está el mail de las PPS!”, todos abrimos el mail en nuestros celulares. Yo estaba tan nerviosa que no encontraba mi apellido en la lista y pensé que había quedado fuera de las prácticas, me puse muy mal, hasta que una de las chicas me dijo: “acá estás, quedaste en la Reina Fabiola”. Me emocioné mucho y se me llenaron los ojos de lágrimas, no podía creer que había quedado en el contexto e institución que yo quería, estaba muy contenta. Entre todos los compañeros comenzamos a charlar sobre en qué institución estaba cada uno y algunos estaban muy contentos, mientras que otros estaban decepcionados.

Miré con quién me había tocado compartir mi práctica y vi el nombre de una chica que no conocía, más adelante en las clases de tutoría la conocí y me cayó muy bien, es una chica muy amable y educada, me sentí más contenta aún al saber que íbamos a ser compañeras de prácticas en la misma institución. Luego del primer contacto con la clínica, se observó que en esta práctica e institución podía haber solo un estudiante, entonces mi compañera fue cambiada hacia otra institución. Esto me generó un poco de tristeza, ya que me emocionaba el hecho de trabajar y compartir con ella. Soy la primera practicante del área de Psicología que ingresa a la CURF. Siento esto como un gran honor, pero a la vez me tocó ser quien abra un camino que por años estuvo cerrado.

B. LOS ATENEOS DE SALUD MENTAL Y LAS URGENCIAS

Mi primera visita a la clínica fue el día Jueves 5 de Mayo de 2022 y estuve acompañada por una profesora y mi compañera de práctica. Nos invitaron a participar de un Ateneo de Salud Mental, los cuales se realizan el primer Jueves de cada mes. A estas reuniones asiste todo el equipo de salud mental de la clínica, conformado por psicólogos, psiquiatras, psicomotricistas y trabajadoras sociales. Ese día conocí a quien hoy es mi referente de práctica. Fuimos muy bien recibidas, se nos permitió estar presentes observando durante toda la reunión, y nos explicaron todos los términos médicos que se utilizaron durante toda la reunión, en caso de que no los comprendamos. Ese día se habló del caso de un niño que nació en la clínica, de forma muy prematura, a la fecha está llegando a los dos años y padece un cuadro de desnutrición muy severo. En ese momento, hacía un par de semanas que había ingresado en la clínica, cursando lo que sería su octava internación. En el momento de la reunión se discute qué harán, cuando ingrese nuevamente.

Desde el equipo de salud mental observan que es una familia con ascendencia árabe, que esperaba mucho a este primogénito varón para que sea un hombre fuerte que continuará con un linaje. Al ver que el niño era débil y prematuro el padre lo rechaza, la madre queda sola con el niño internado durante meses en neonatología.

El pequeño no quiere ingerir alimentos sólidos, por lo que se piensa que la próxima vez que se interne deberán ponerle un botón gástrico. El botón gástrico es una sonda de silicona transparente que se coloca a través de la piel del abdomen hasta el estómago. Sirve para alimentar al paciente, darle la medicación y descomprimir el estómago. Todo el equipo de salud mental se encuentra preocupado porque los médicos quieren colocar este dispositivo en el niño, lo que producirá que ya no pueda volver a comer por boca, y solo sea alimentado a través del botón. Se evalúan posibilidades y distintas intervenciones.

En el siguiente ateneo se expone el caso de dos gemelos prematuros que nacieron en la clínica. Son hijos de un matrimonio homoparental conformado por dos mujeres, siendo una de ellas la gestante. Este caso se trabaja en Ateneo porque la gestante luego de la cesárea presenta posibles conductas que lleva a los psicólogos del equipo a pensar que puede tener una estructura psicótica de la personalidad. Además, la madre no gestante quería dar el pecho a los bebés, lo cual es posible pero se debe comenzar un trabajo previo meses antes del nacimiento de los bebés. No querían que los bebés sean alimentados con leche de fórmula y pedían que los prendieran del pecho de la no gestante, la cual no producía leche. Los bebés necesitaban comer porque si no podían descompensarse, más siendo prematuros, pero ambas mamás (primerizas) presentaban una “certeza absoluta” sobre lo que debían hacer con los niños. Estas limitaciones dificultan mucho el trabajo de las enfermeras, qué querían ayudarles y explicarles que los bebés debían comer. No querían que sus hijos consumieran “leche de vaca”.

En una de las situaciones más complejas, se comenta que sucedió la siguiente situación: al poner una de las enfermeras pusieron a uno de los bebés en el pecho de la gestante, ésta lo empujó fuertemente y dijo que no quería que nadie le tocara los pechos porque había sido abusada y que ellas habían quedado en otra cosa, y esto era violencia obstétrica.

Luego de ese episodio, el cual es descrito por el equipo de neo como “muy tenso”, las mamás fueron a su habitación y cerraron con llave. Ese día la gestante no dejó que nadie entrara a curarle la cesárea. Al otro día abrieron la habitación, aunque ambas pasaron una semana sin ir a la sala de neonatología a ver a los bebés. Esto generó un gran desconcierto en todo el equipo médico, por lo que pidieron que interviniera el servicio de salud mental de la clínica. Los bebés ya estaban listos para el alta, pero se pidió a los médicos que demorarán la misma para ver si podían estabilizar y trabajar con las mamás.

Cabe destacar también que ambas mujeres se presentaban como ultrafeministas, veganas y hablaban en lenguaje inclusivo; los bebés tenían nombres sin género, y las enfermeras se los confundían porque eran una nena y un varón, y no sabían cuál era el nombre de cada bebé. Esto no cayó muy bien entre las enfermeras y los médicos, cada vez que las mamás iban a la neonatología se armaba un escándalo porque trataban muy mal a todo el equipo. Desde la parte médica los bebés ya tenían el alta y los médicos querían que se fueran. Permanecieron internados un total de veinticinco días. A lo largo de ese periodo, se realizaron distintas intervenciones como visitas de la psicóloga a la habitación donde estaba internada la mamá, entrevistas con la pareja de la misma, se indagó sobre la red familiar (mamás, hermanas, tías etc.).

De esas entrevistas surgió que la gestante dijo: “Yo me arrepentí de esto, nosotras en realidad no tenemos nada que nos una, sólo el deseo de ser madres. No sé por qué fui yo la gestante, siento mi cuerpo todo, raro siento que todavía tengo los bebés dentro, puedo sentir todos los órganos”. Cuando fue consultada sobre por qué no dejaba entrar a las enfermeras a curarla, comenta que tenía miedo que le hicieran algo malo, que la querían secuestrar o que la iban a obligar a ir a ver los bebés y ella no quería. La psicóloga realizó visitas diarias durante un periodo de nueve días, siendo ella la única persona a la que se le abría la puerta de la habitación con agrado. Se logró que la mamá no gestante vaya a la sala de neonatología a ver a los bebés. Una semana más tarde lograron que la gestante se acercara a sus hijos y los amamantara. Pero los problemas dentro de la UCIN continuaban, ya que ambas trataban muy mal a todo el personal. La psicóloga considera que la gestante presenta características de la personalidad de tipo psicóticas, se investiga si son causa del posparto o si son previas.

Se trabajó mucho desde salud mental, y todos estaban muy preocupados por dejar ir estos bebés con estas dos mamás que parecían no estar capacitadas para darles los cuidados necesarios. En esta situación, especialmente, pude advertir la inmensa importancia del profesional psicólogo dentro de la Neonatología. No solo para las mamás, sino también para acompañar a las enfermeras y médicos en estos casos tan delicados, donde la mamá presenta una patología que generó enojo, serias dificultades y rechazo por parte de todo el equipo.

Los médicos y enfermeras no tienen servicio de salud mental, sólo es para los pacientes de la clínica. La psicóloga que estuvo a cargo de acompañar toda esta situación, comenta que deberían brindar un taller o capacitación sobre aspectos clínicos que se presentan en las formas de padecimiento mental del ser humano, ya que muchas veces los equipos médicos justamente por la presión que sienten y por como se les dificulta su trabajo, no pueden dimensionar las razones y los modos de actuar que las familias o los pacientes propiamente dichos tienen frente a las intervenciones, los problemas orgánicos o las enfermedades que transitan.

La psicóloga me comentaba que, si bien en la carrera de Medicina cuentan con algunas materias sobre salud mental y patologías mentales, los equipos médicos cuentan con casi nula formación sobre, por ejemplo, qué actitudes y comportamientos son propios de una psicosis, o de una alucinación, etc. Quizás, esto permitiría que algunas intervenciones por parte del equipo contemplen las limitaciones que toda patología mental conlleva, así como ellos mismos puedan discernir frente a qué problemáticas mentales están enfrentándose y así, no tomarse “a personal” cada situación tensa o conflictiva con los pacientes, los familiares, etc. Gracias a esta situación que el equipo atravesó, al tiempo se realizó una capacitación destinada a enfermeras, médicos y equipo de profesionales en general, sobre las diferentes características que asume la maternidad y las maneras de abordarla según diversas patologías mentales, como la esquizofrenia, paranoia, etc. Así, los médicos pudieron interiorizarse con más detalle sobre las diferencias entre la psicosis y la neurosis, que implica un brote psicótico, de que se tratan las características de una alucinación, cómo se vivencia el cuerpo en la esquizofrenia, y que incidencia tienen todas estas cuestiones anímicas de base en los procesos de embarazo, parto y posparto en la relación entre la mamá y el bebé.

A partir de este caso presentado en Ateneo, también me comentaron que hacía un tiempo en la Clínica había sucedido una situación similar, respecto a la condición psicótica de la mamá. En tal caso, la intervención por parte del equipo fue lo que se denomina una “internación conjunta”. Si bien ya la mamá y el bebé habían recibido el alta de Neonatología, se las deriva a este tipo de dispositivo de atención donde, fundamentalmente, lo que se busca es hacer un seguimiento y ver las condiciones bajo las cuales la mamá se relaciona con el bebé. Ya que, si bien cuentan con el alta médico, en relación a la estabilidad anímica no se cuentan con elementos como para asegurar el bienestar del mismo y que este pueda recibir, por parte de la mamá, los cuidados mínimos a diario. Así, permanecen entre tres y cinco días internados, donde se los observa, y se acompaña a la mamá en las diferentes dificultades que se observen presentes.

Durante la presentación de otro caso en el espacio del Ateneo, se relató el trabajo con una adolescente de doce años que padece una anorexia muy severa. Se encontraba internada hacía veinte días en la clínica, y no se estaba observando mejora alguna en su cuadro. Por ser este muy delicado, por parte del equipo se teme por su vida. Se pide al equipo de salud mental que intervenga, cuando la psicóloga va a visitar a la paciente, esta la recibe muy bien y se muestra con disposición a charlar. Se le pregunta cómo está, y dice que “muy bien”, mientras sonríe. En el ateneo de salud mental, al exponer el caso, la psicóloga menciona que la nena le habla con una sonrisa cínica. Se relata que la paciente se encontraba en la camilla, ya que no puede caminar por lo débil que está. A su lado estaba la madre sentada en una silla. Ella, nutricionista mientras que su padre, se dedica al rubro del comercio. El padre está muy angustiado, pero la madre no se inmuta, no demuestra ningún tipo de sentimiento. Constantemente se queja con el equipo médico de que su hija no mejora, le echa la culpa a los profesionales. Mientras tanto, la paciente dice que no come porque no quiere engordar, prefiere morirse a ser gorda. frente a este comentario, la psicóloga del equipo le pregunta qué entiende ella por “muerte”, pero la niña no responde. Comenta que, cuando ve la comida, ve como grasa que chorrea, eso le da mucho asco. El solo hecho de tener cuerpo es vivido por la paciente como gordura. Se mantiene en la cama en una posición rígida, semi sentada, y sin apoyar la espalda, haciendo una constante fuerza para trabajar los abdominales. Dibuja mucho; está siempre dibujando, lo hace sobre hojas blancas con un lápiz gris.

La psicóloga le pide ver los dibujos y observa que la paciente dibuja siempre lo mismo: cuerpos desmembrados, cuerpos desnudos sin cabeza, y una especie de gato con cabeza de humano.

En una de las sesiones, que se realizan en la habitación porque la niña no camina, comenta que ve a ese “gato”, que le habla y le dice que no coma, le propone desafíos que ella debe cumplir. A nivel de diagnóstico clínico, se comienza a pensar en la posibilidad de una estructuración psicótica con presencia de alucinaciones, y se investiga si este trastorno alimenticio no es a raíz de la psicosis.

En la clínica, todo el equipo tratante está preocupado, debido a que la paciente continúa deteriorándose, y tienen miedo de que fallezca dentro de la clínica. Quieren darle el alta para trasladarla a una clínica especializada en trastornos alimenticios, pero no logran estabilizar su estado orgánico de base. Los médicos clínicos todos los días pesan a la paciente, para ver si aumentó de peso, y se observa que cuando ella ve que aumentó unos gramos, ese mismo día se arranca las sondas a través de las que la alimentan. Se pide desde el equipo de salud mental que no la pesen más, ya que ella no puede ver que aumenta de peso, porque esto es contraproducente y negativo para su condición psíquica y anímica. Se trabaja con la madre de manera individual, se infiere clínicamente elementos perversos de personalidad en la mujer. No quiere lidiar con la enfermedad de su hija, no puede hacerse responsable de nada, le echa la culpa a la hija por estar enferma y a los médicos por no curarla. No se encuentran posibilidades de intervención por la vía del trabajo con ella. Respecto a la paciente, se trabaja con ella también individualmente, y se observa que tampoco hay posibilidad de intervención, no hay pulsión de vida. Por su parte, el padre se encuentra muy angustiado, casi no puede hablar, y dice que él se llevaba muy bien con la niña: comenta que les gustaba ir al centro, a la plaza, y se reían mucho juntos. No entiende cómo se llegó a tal estado, se encuentra nublado de conciencia y atención. Tiene terror de que su hija se muera, le pide a los psicólogos que por favor los ayuden. Esto genera en todo el equipo de salud mental mucha angustia, ya que el diagnóstico es muy desesperanzador.

C. LAS REVISTAS DE SALA DE UCIN

Los días Martes y Jueves voy a la clínica Reina Fabiola de 8:00 a 12:00 hs. para participar de las Revistas de Sala de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos. Desde el día que llegué fui muy bien recibida por todo el equipo médico. Ingreso a la clínica y me dirijo al primer piso donde se encuentra la UCIN, toco el timbre y me abre la puerta una doctora del equipo médico. Ingresamos a la oficina donde se encuentra el equipo conformado por neonatólogos, y se da comienzo al día. Tienen un pizarrón donde están anotados todos los nombres de los bebés que se encuentran en la sala en ese momento y toda la medicación que se le dio el día anterior. Entonces, se evalúa caso por caso qué medicación y qué pronóstico tienen para hoy, esto se comunica a las enfermeras y a los padres o cuidadores que se encuentren ese día con el bebé. Una vez que se definió cada caso, comienza la ronda. La sala se encuentra separada en cuatro alas: el ala “A” donde se alojan a los bebés que necesitan cuidados intensivos, así mismo, allí se encuentran las incubadoras de mayor complejidad. El Ala “B” es donde están los bebés que necesitan cuidados intermedios, las incubadoras son complejas, pero no como las del ala “A” que poseen monitores y computadoras. Luego, está el ala “C” que es para los bebés que ya están por irse de alta, aquí las incubadoras son cunas, no presentan ninguna complejidad. Y por último, se cuenta con el ala “D” que es para casos complejos y virósicos; es una habitación cerrada, separada, en la que hay una sola incubadora de alta complejidad, y un sillón para la mamá.

La UCIN de la Clínica Reina Fabiola es la única terapia intensiva de la ciudad de Córdoba con “puertas abiertas”, esto significa que los papás pueden estar las 24 hs con el niño, así como entrar y salir cuantas veces quieran en el día sin restricciones horarias. Tres veces a la semana pueden ingresar familiares como hermanos, abuelos etc. Una cuestión que es importante en torno al lugar del psicólogo en este espacio de trabajo médico, es que cada vez que un bebé es internado en el sector de Neonatología, automáticamente se hace una Interconsulta con el psicólogo.

En la Revista de Sala he podido presenciar el relato de cómo algunos casos entran con muy mal diagnóstico, el pronóstico de vida es casi nulo pero de todos modos los médicos intentan salvar a cada bebé que ingresa. Muchas veces veo también cómo el equipo de profesionales se angustia cuando pierde un bebé o cuando tienen que dar un mal diagnóstico a los padres.

Durante los días que me encontré allí, me comentaron que les gustaría tener un servicio de salud mental para ellos, haciendo referencia a los médicos y a las enfermeras. Dicen que el servicio es sólo para los padres y que muchas veces ellos se sienten desbordados y realmente necesitan poder hablar con un profesional. Pero deben hacerlo por fuera de la clínica ya que así dentro no existe este servicio. Esto también me pareció super importante, ya que la calidad del vínculo y de los cuidados del equipo médico no solo depende de lo que saben y cómo se han preparado profesionalmente, sino también de las condiciones animicas y emocionales en las que se encuentran personalmente. Por ser un espacio de la Clínica donde la urgencia es permanente, es un sector muy estresante, donde el límite entre la vida y la muerte está todos los días presente. Para los médicos es mucha presión y, cuando a ello se le suma que las familias vienen con sus propios modos patológicos o malestares muy notorios, el clima laboral se torna tenso y difícil.

En otra oportunidad, en una Reunión de Sala se comenta el ingreso de cuatro bebés con diferentes condiciones. Uno, ingresó sólo unos días para ganar peso y se le dio el alta, nació con 1,750 kg. y tenía que llegar a 2 kg. para poder irse. Otro bebe ingreso por problemas respiratorios. Nació por cesárea, con su peso bien, se le dio el alta junto a su mamá, pero a la semana de vida, tomando el pecho se broncoaspiró. La broncoaspiración se puede definir como el paso de una sustancia líquida, ya sea vómito, restos alimenticios, saliva; o sólida que pasa de la orofaringe a la laringe, y puede producir asfixia. En este caso, el bebé comenzó a ponerse morado, y lo trajeron de urgencia. Se observa que los padres están muy angustiados (son primerizos), sobre todo la mamá que considera que fue su culpa. Interviene la psicóloga para acompañarlos y, con la mamá, para poder trabajar el sentimiento de culpa y el miedo que toda la situación le generó.

Además, ella comienza a decir que siente que no tiene la capacidad de cuidar a un bebé tan chiquito. Se la ve realmente angustiada, su marido está muy preocupado por la salud del bebé. Ambos están todo el día en la Neo. Se turnan para ir a su casa a bañarse y cambiarse. La psicóloga les explica que tienen que descansar, que el bebé está muy bien cuidado, se les presenta a las enfermeras encargadas de cuidar al bebé, para que estén tranquilos. Se indaga sobre la red de contención familiar (padres, madres, hermanos, tías etc.) para ver si pueden ayudar y acompañar. Esto es muy importante ya que la red familiar en caso de ser beneficiosa y saludable, juega un rol muy importante en el acompañamiento y sostén de los papás.

El tercer bebé ingresa porque nació prematuro y tienen que esperar que le maduren los pulmones, ingresa el mismo día de su nacimiento. Esta era una situación que ya se preveía que podía pasar, ya que la mamá tiene preeclampsia, la cual es una complicación del embarazo potencialmente severa caracterizada por una presión arterial elevada. La preeclampsia suele comenzar después de las veinte semanas de embarazo en una mujer con presión arterial normal, y puede ocasionar complicaciones serias, incluso mortales, para la madre y el bebé. La pareja sabía que, ante un posible pico de tensión, debían realizar una cesárea de emergencia. Así fue que a las 34 semanas de embarazo se realizó esta intervención y nació el bebé. La psicóloga comenzó a trabajar con ella desde la semana 22 de embarazo cuando se detectó este problema de salud. Se la fue preparando para cuando llegue este momento. Se la ve dentro de la Neo muy tranquila, el hecho de haberse anticipado a qué esto podía pasar le permitió estar tranquila y preparada. El cuarto bebé ingresa con 1 mes de vida, porque hace una semana que toma leche y vomita. En un principio lo hacía una o dos veces por día, pero ahora vomita luego de cada toma. La mamá trae el bebé a la guardia pediátrica, y enseguida lo derivan a una internación en Neo. Al ser tan pequeño se debe cuidar que no se deshidrate, y que esté alimentado, ya que en bebés de tan corta edad esto puede llevar a la muerte.

D. ENCUENTROS CON LA REFERENTE Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN/ASISTENCIA

Todos los días jueves luego de la revista de sala tengo un encuentro con mi referente, en el que me cuenta cuáles fueron las intervenciones que se realizaron en la semana con los bebés que están internados. En uno de nuestros primeros encuentros ella me comentó que este servicio de Neonatología es el único que está abierto 24 horas, que esto lo tomaron del modelo de la maternidad tardía ubicado en Buenos Aires. Los padres pueden entrar y salir como quieran sin horarios ni restricciones, esto le hace muy diferente a todas las demás.

El papel del psicólogo en este servicio es muy importante ya que los papás o cuidadores de todos los bebés que ingresan deben pasar por una consulta con el psicólogo, en la que se evalúa cómo se encuentran. Hay muchas mamás que ya estaban en contacto con la psicóloga, puesto que cuando los embarazos son de riesgo se comienza el tratamiento psicológico desde el embarazo. Cuando llega un embarazo a la obstetricia se pide una interconsulta con el psicólogo de inmediato.

A través de las charlas con la referente, he podido hacerme una idea del rol que ocupa el psicólogo dentro del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología. Éste además trabaja interdisciplinariamente con psiquiatras, otros psicólogos, psicomotricidad y servicio social. En uno de los encuentros con mi referente, hablamos sobre la importancia de comenzar a trabajar con las mamás desde el embarazo. Me contó que, en la Clínica, cuando los obstetras ven que algo con el embarazo no va bien, enseguida se hace interconsulta con la psicóloga. Así se va trabajando con la mamá durante todo el embarazo para disminuir las ansiedades, y acompañar. Asimismo, cuando en la Clínica un bebé ingresa a Neo, automáticamente los padres son visitados por la psicóloga perinatal, siendo en este caso no necesario el pedido de interconsulta.

La psicóloga está comunicada con la unidad de obstetricia, y cuando los obstetras detectan un embarazo que tiene complicaciones, le avisan a la psicóloga para que se comunique con los padres y tengan una entrevista.

La Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), se toma como principal instrumento en salud mental perinatal. Permite detectar sucesos significativos de vida (*life-event*) que pueden influir durante el embarazo y parto, a los efectos de introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades. A todas las mamás que están en la Neo se les ha realizado esta entrevista. La referente me comenta que a través de este instrumento accede a la dimensión psicosocial de las mamás, puede saber la situación económica, la situación familiar, si el embarazo fue deseado entre otros. Y esto le brinda información para optimizar las intervenciones y el acompañamiento.

Respecto a los casos anteriores, su desarrollo y, fundamentalmente, las maneras de intervenir y las funciones que asume la psicóloga del equipo, sobre el caso del bebe que no podía alimentarse, se comenzó a estudiar por qué no tolera el alimento, y en ese momento se lo alimenta por sonda. Todo indica que tiene un problema en la válvula que separa el estómago del esófago, la cual al no estar bien formada deja pasar los líquidos del estómago al esófago y provoca vómitos. Su mamá está muy angustiada y alterada. Quiere llevárselo a su casa, dice que no soporta estar ahí en la clínica. Al no dar el pecho desarrolló una mastitis, es una inflamación en el tejido mamario que implica una infección. La inflamación provoca dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en los pechos. Es posible que también genere fiebre y escalofríos. Para curar esta infección debe cortar la leche, esto significa que ya no podrá ofrecer lactancia materna a su bebé. La psicóloga trabaja con ella los duelos, duelo por la lactancia pérdida y duelo por el hijo perfecto esperado, pero que llegó con un defecto. Se trabajan todas las fantasías que se tenían sobre la llegada del bebé y además los miedos que surgen en esta mujer a raíz de este suceso.

Tomaré dos fragmentos de la entrevista con esta mamá: *“Yo me imaginé otra cosa, yo me imaginé tener a mi bebé hermoso e irme tranquila a mi casa. Yo no quiero estar acá, no quiero que él esté acá. Me quiero ir”*; *“No le voy a poder dar la teta, para mi la lactancia materna es re importante, tengo miedo de no formar vínculo si no le doy la teta”*.

No puedo evitar comparar este caso con el otro caso, donde veo la diferencia entre una mamá que estaba preparada para lo que iba a pasar (posible nacimiento prematuro) y una mamá que no se esperaba lo que le pasó. Los frutos del acompañamiento terapéutico que se realizó con la primera mamá, se pueden observar a través de la calma que ella tiene.

En una Revista de Sala, al hablar con el obstetra le comenta: “*durante estos meses me preparé para lo peor, al final no fue tan grave, estoy contenta y tranquila de que mi bebé está cuidado y se que va a estar bien. Estamos en el mejor lugar que podríamos estar. Gracias, son excelentes médicos.*” Vemos que para una de las mamás, estar en la Neo le genera tranquilidad mientras que a la otra, le genera mucho estrés. Aquí se puede observar la importancia del psicólogo perinatal dentro de la neonatóloga. También, la referente me comenta que, en las entrevistas con las mamás, a veces estas no se animan a decirle la situación económica difícil que están pasando, me comenta el fragmento de una entrevista que tuvo hace poco con una mamá.

Referente: *-¿Te estás alimentando bien?*

Mamá: *- Si, si...*

Referente: *- Mira que para que el bebé esté bien y se puedan ir es importante que tu leche lo alimente, si vos no comes bien le hace mal al bebé.*

Mamá: *- La verdad que hoy no comí en todo el día, venir a la clínica nos sale muy caro y nos quedamos sin plata...*

Destaco esta situación, ya que la referente me comenta que, a partir de esto que la mamá comenta, ella se comunicó con la trabajadora social, quien comenzó a llevar el caso y así, gestionó unos vouchers de comida para que la mamá pueda comer, sin cargo, en el bar de la Clínica.

E. LA APUESTA DE TRABAJAR CON OTROS

A lo largo de la práctica, me encontré con reiteradas situaciones donde la referente me comentó la necesidad de generar espacios de trabajo y articulación con las otras disciplinas, como obstetras, psiquiatras, enfermeros, nutricionistas y médicos en general. Así, respecto a esta situación, luego de un Ateneo Clínico la psicóloga me comenta que estaba implementando, últimamente, la modalidad de articularse con el equipo general.

Respecto a un caso que había presentado, el mismo tenía que ver con una mamá que, cuando llega a Neonatología, ya se encontraba desbordada anímicamente, mostrando claros signos de que su malestar y sufrimiento respecto a la llegada de su bebe prematuro no era desde el parto, sino ya desde el embarazo mismo, producto de complicaciones orgánicas que venía teniendo, y por una delicada relación con el papá del bebé. La psicóloga refiere que, ante este caso, tomó la decisión de intervenir no solo asistiendo la urgencia de la paciente. También, se comunicó con el obstetra y le pidió que, cuando se encuentre frente a mamás que presentan signos de malestar anímico o complicaciones en el embarazo, se contacte con ella. Esta búsqueda de articulación es beneficiosa no solo por el trabajo interdisciplinario, sino porque la psicología comenzó a verificar que, en los casos donde había ya un acompañamiento previo al parto, las circunstancias en las que se desarrollaban las complicaciones y los problemas posparto eran muy diferentes de casos donde ese acompañamiento previo no estuvo. En concreto, las mamás que fueron asistidas previamente, contaban con más información, recursos anímicos y emocionales para gestionar las diferentes situaciones que tenían que atravesar. Al escucharla, me di cuenta que su labor era de vital importancia, no solo por la asistencia y su manera de abordar las diferentes situaciones desde el conocimiento psicológico, sino también por crear espacios de trabajo en conjunto con otros profesionales y por buscar, frente a cada demanda que llegaba al equipo, dar respuesta que brinde una solución al problema.

En este sentido, el rol del psicólogo en la Clínica se torna fundamental para asistir, pero también para generar propuestas preventivas y fomentar espacios de formación, capacitación en torno a problemáticas vinculadas a la salud mental en el ámbito Neonatológico.

8.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

1. FUNCIONES, ACTIVIDADES Y LUGAR DEL PSICÓLOGO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

1.1. EL LUGAR Y LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DENTRO DE UN HOSPITAL GENERAL Y EN LA UCIN¹²

Cuando se produce un parto pretérmino, ¿cómo comienzan una maternidad y paternidad frente a un niño intubado, en una incubadora, sondado, con respiración mecánica, nacido en la semana 25, 26, 27 de gestación, con un peso de 600, 700, 900 gramos? ¿Qué sentimientos, preocupaciones y miedos produce en los padres el encuentro con su hijo, con un hijo ligado a la urgencia, a la tecnología y a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y que, de haber sido de otra forma, aún no debieran conocer? ¿Qué coste emocional tienen que sobrellevar estos padres durante el tiempo de ingreso de su hijo en Cuidados Intensivos y, más adelante, en Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología de un hospital? (León Martín et al., 2005, p. 57).

En este primer objetivo, se buscará analizar el lugar que asume el trabajo con la dimensión psicológica en un ámbito hospitalario, en conjunción con las actividades y las funciones que asume el profesional en, específicamente, el área de cuidados intensivos neonatales. Por ser un ámbito de atención médica caracterizada por situaciones de urgencia, prematuridad y fragilidad orgánica, a diario el clima de trabajo conlleva un sinnúmero de sensaciones y estados psíquicos adversos, abruptos, límites.

¹² De ahora en adelante, las siglas *UCIN* corresponden a *Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*.

En lo que respecta a la sistematización de la práctica realizada, se buscará retomar algunos elementos claves mencionados por las profesionales que se entrevistaron. También, se recuperarán fragmentos de las diferentes experiencias que se fueron vivenciando a lo largo de la práctica, para hacer una lectura detallada, crítica y a conciencia de estos, mediante su conjugación con aportes teóricos de diferentes autores y estudios contemporáneos sobre las temáticas en cuestión.

Para dar comienzo, las prácticas supervisadas preprofesionales realizadas en la Clínica Reina Fabiola implicaron, en términos generales, el contacto directo con una situación donde la vida y la muerte están en juego constantemente. Bebés que ingresan y su mejora es progresiva o repentina, así como situaciones donde su muerte es inevitable; momentos donde las familias comienzan a transitar un proceso de contacto y aceptación de la situación; situaciones donde los equipos médicos tienen que sobrellevar momentos de crisis y descompensación de recién nacidos internados y mamás o papás colapsados emocionalmente por la situación. En este punto, solo se citan algunas de las situaciones: a lo largo del trabajo de sistematización se intentará ir tomando otras también, para abordar diferentes aristas de lo que implica el trabajo en la UCIN. En este, las *dimensiones psicológicas* se ponen en juego constantemente y requieren de un abordaje progresivo, ya que no son las mismas especificidades según la situación. Es decir, en el ámbito de la UCIN, aspectos subjetivos y psicológicos pueden verse reflejados en el desarrollo psicobiológico de los recién nacidos que ingresan, en los diversos procesos de acomodación a la realidad y vinculación entre él y sus padres, así como en las diferentes situaciones que el equipo médico debe atravesar, donde incluso sus propias fortalezas psíquicas se pueden ver vulneradas por lo que implica, emocionalmente, el trabajo con el malestar orgánico del internado y con el sufrimiento, desvalimiento psíquico de familiares a cargo.

En los objetivos dos y tres, se desarrollarán aspectos propios de las intervenciones de un psicólogo en este ámbito de trabajo con la salud, donde algunos elementos claves a trabajar estarán relacionados con los procesos de interconsulta, el trabajo interdisciplinario, la escucha, contención y acompañamiento para tramitar, mediante la palabra, lo sucedido.

Entonces, para dar comienzo, en este primer objetivo se iniciará por situar el campo de acción del psicólogo y las funciones que se requiere contemplar, a la hora de atender a las necesidades y lo que implican los cuidados intensivos en el ámbito neonatal.

1.1.A. El lugar de la salud mental y el quehacer psicológico en hospitales generales

Para dar comienzo al análisis de la experiencia transitada en las prácticas junto a las entrevistas realizadas a las profesionales del equipo de la UCIN, es interesante partir de qué implica la *inclusión de una disciplina tal como la Psicología* en el ámbito hospitalario general, y también dentro del área dedicada al cuidado intensivo neonatológico. El primer contacto con este espacio de inserción profesional estuvo mediado por el *impacto* que generan, por un lado, las complejidades y situaciones que se vivencian a diario con los bebés ingresados en situaciones de urgencia médica. También, aquel impacto estuvo mediado, por la particularidad de haber sido la primer practicante de Psicología que participó de la labor que se realiza en la UCIN:

(...) es la primera vez que asisto (...) la práctica parece que se asemeja más a una práctica de estudiante de medicina... no hay practicantes de psicología en la Neo. La verdad que es muy distinto a lo que me imaginé. Pero bueno, sé que la situación no es fácil, ya que soy la primera pasante de Psicología en la UCIN... Hablé con mi referente hoy y conversamos sobre que esto será todo un desafío, no solo para mi práctica, sino para todo el equipo también (Registro de práctica, semana del 06/06/2022 al 12/06/2022).

De esta manera, a lo largo del desarrollo de los tres objetivos que enmarcan la articulación teórico-práctica de la práctica llevada a cabo, se intentará abordar y dar cuenta *por qué y para qué es esencial la inclusión del psicólogo* en este espacio de inserción. Respecto a las entrevistas tomadas a los profesionales, se tuvo la oportunidad de poder contar con la participación de tres, a saber: la psicóloga que se dedica al ámbito neo y perinatal, la psicomotricista y la psicóloga encargada del área neonatológica de la Clínica. Fue de suma importancia poder estar en contacto con la posición y el decir de cada una de ellas, dado que la cuestión interdisciplinaria, tal como se verá en el desarrollo, es de gran importancia. Oportunamente, en algunos momentos del análisis, se explicitará a qué se dedica el profesional citado de las entrevistas. Para especificar cómo los profesionales pueden tener diferentes modos de concebir, tratar o incluso definir lo que está en juego.

O, por el contrario, coincidir en una orientación de trabajo donde los diferentes aportes se suman a los fines de abordar una misma cuestión, con sus complejidades y multicausalidades que la conforman. Por último, la precisión de estas cuestiones en el análisis permite, respecto a la dimensión psicológica en juego, dar cuenta de las *particularidades* de las *intervenciones* que se realizan, y de lo específico del encuadre de trabajo del profesional psicólogo en esta área de trabajo con la salud.

¿Qué supone para el médico contar con un psicólogo clínico en el propio centro de salud? Ante el aumento de la demanda sanitaria, la falta de profesionales, y el escaso tiempo por consulta, la figura del psicólogo clínico desempeña un papel fundamental en el día a día del médico (...), siendo a la vez un apoyo y una herramienta terapéutica (Gómez et al., 2019, p. 312).

En un modelo de atención considerado *integral* de la salud de los seres humanos, la *intervención psicológica* es un recurso considerado de suma importancia. En la actualidad, tal como menciona Baró (2022), tiene una fuerte impronta la necesidad de darle un *valor humanizado a las prácticas médicas*, donde se garantice el cumplimiento de los derechos de todo paciente. Es decir, que la atención integral interdisciplinaria contemple las múltiples aristas que se ponen en juego en los procesos de salud y enfermedad. En este punto, se destaca que “la humanización de las prácticas contribuye a prevenir la violencia en los sistemas de salud” (p. 22).

Para ello, es necesario considerar la integración del psicólogo en los equipos de salud, como un miembro más del equipo. Al respecto, en la entrevista realizada a la psicóloga encargada del área neonatal, la profesional comenta que

(...) la psicología en la UCIN forma parte del equipo de salud que interviene de manera permanente y desde el inicio en el ingreso a la terapia intensiva de cuidados neonatales. Conformamos todo el equipo interdisciplinario en conjunto con enfermería, con los médicos, con psicomotricista con fonoaudiología, bueno y con los médicos (...) que tengan que intervenir con el paciente de acuerdo a la interconsultas. Se trabaja desde el inicio hasta el alta acompañando e interviniendo no solamente con los papás sino con la familia, a veces con los hermanitos también (Entrevista Nro. 3, 2022).

Retomando algunos elementos de cómo comienza a ser considerada la inclusión del psicólogo en el *ámbito general de salud*, Estrada et al. (2005) dirá que algunos hospitales generales cuentan con psicólogos que están integrados a los equipos de salud mental. Aquí, la función del profesional se relaciona con atender a los pacientes psiquiátricos que se encuentran internados, por diferentes razones médicas, en las distintas áreas del hospital.

Las intervenciones que realizan están más ligadas a la aplicación de técnicas y la vigilancia de aspectos psiquiátricos, pero son escasas las funciones ejercidas respecto a lo diagnóstico, terapéutico o la investigación. Asimismo, dirá que “este fue el reduccionista legado de la Psicología Clínica tradicional a la actual Psicología de la Salud”. Los autores mencionan que un psicólogo situado en un ámbito general de salud puede desarrollar *funciones* de diversa índole: asistenciales, investigativas, docentes, incluso administrativas. También, en los subpartados siguientes se desarrollarán algunas funciones ligadas a la asistencia, prevención y promoción de la salud mental y, con ello, los aportes de la Psicología de la salud.

Ahora bien, en este lugar de inserción, si bien la psicología todavía es poco considerada y su poder de actuación debe responder a múltiples aspectos institucionales, las funciones que ejerce el psicólogo muchas veces son *diferentes* respecto a las que ejerce en otros ámbitos de trabajo clínico.

Entonces, se pueden considerar una serie de características y *funciones propias del desarrollo de la psicología en hospitales generales*, tales como (Estrada et al., 2005, p. 7):

1. Es obligatoriamente multiprofesional (interdisciplinaria).
2. Dinámica de trabajo con multiplicidad de solicitudes.
3. Ambiente de acción abierto y variable.
4. Sobreposición del sufrimiento órgano/psíquico.
5. Imposición por opción del acompañamiento psicológico.
6. Inminentemente focal y emergencial.
7. Predominantemente egoica.
8. Absoluta necesidad de visión multifactorial del paciente.
9. Necesidad de mayores conocimientos específicos (farmacología, sociología, fisiología, etc)
10. Posibilidades múltiples de intervención: Paciente – familia – equipo – institución

Estas cuestiones se traducen en un quehacer del profesional muy relacionado a poder realizar *diagnósticos rápidos y precisos* sobre aspectos alterados y descompensados de la personalidad del paciente, así como de sus mecanismos de ajuste, posibilidades y de los aspectos premórbidos de su personalidad.

Por otro lado, es importante que el psicólogo pueda proponer y llevar a cabo *terapéuticas breves*, que sean *directas y enfocadas a lo patológico*, donde sea posible para el paciente tratar sus modos defensivos, tramitar los altos montos de emociones y poder generar mecanismos de autocontrol. En este sentido, “hay numerosas medidas que se pueden tomar, desde mantener la orientación espacial requerida, aliviarle la incertidumbre o el dolor hasta la utilización de la sugestión vigil o la relajación” (Estrada et al., 2005, p. 13). Respecto al personal médico encargado del tratamiento del paciente internado, las sugerencias por parte del psicólogo estos pueden ser de mucha utilidad ya que, muchas veces y por las características que tienen los tratamientos orgánicos, tanto médicos como enfermeras se convierten en coterapeutas.

Por otro lado, el psicólogo puede participar en los partes médicos que realizan, así como acompañar o ayudar a los profesionales del equipo para contar con herramientas que permitan un mejor manejo psicológico ante noticias dolorosas o complejas. Ya que el médico, por estar inmerso en una situación de emergencia, no siempre puede llevar adelante la comunicación de este tipo de noticias considerando estos aspectos detenidamente.

Y, sobre el trabajo con las familias, es importante que tengan un espacio donde puedan descargar angustias, incertidumbres y la afectación emocional, para ello el psicólogo puede contener, informar, orientar o atender estas necesidades también. En este punto, una cuestión interesante es la labor del profesional para trabajar aspectos con la familia que les permita comenzar a funcionar como una familia-acompañante del paciente en situación de internación y para luego de su externación.

En ocasiones es necesario el desarrollo de técnicas de consejería y de orientación familiar por los conflictos que desencadena la situación que tiene el paciente, e incluso de terapia familiar. Además, hay que trabajar en la preparación paulatina al enfrentamiento a la muerte, el duelo y en no pocos casos, en la persuasión a la familia para la donación de órganos (aspecto álgido y controvertido por sus connotaciones emocionales y éticas), tarea ardua que recae fundamentalmente en el psicólogo (Estrada et al., 2005, p. 13).

De esta manera, se puede comenzar a localizar como un profesional de la psicología puede ejercer múltiples funciones en el ámbito hospitalario, en trabajo coordinado y continuo tanto con pacientes, familias y equipos médicos. Asimismo, esto muestra cómo se rompen los *criterios tradiciones de la atención psicológica clásica en el ámbito de la salud mental*, dado que en estos ámbitos de inserción

el psicólogo de la salud participa en los pases de visita o de ronda, discute en equipo los pacientes como un especialista más, hace –en suma– vida hospitalaria y tiene que estar al tanto de todo lo que ocurre en el hospital, desde el índice ocupacional hasta la entrega de guardia por los especialistas del servicio en que trabaja (Estrada et al., 2005, p. 11).

Hasta aquí, se desarrollaron algunas cuestiones en torno al *campo de acción* y funciones del psicólogo en el ámbito general de salud. Pero, específicamente, las prácticas realizadas se llevaron a cabo en el ámbito que se denomina *unidad neonatológica de cuidados intensivos*.

Área hospitalaria definida como una unidad pediátrica y clínica, que se ocupa de garantizar la asistencia de pacientes neonatales, así como asistencia y reanimación en salas de parto y quirófano. Comprende la atención de pacientes, desde la situación de nacimiento hasta los primeros momentos de vida, donde se requiere la atención urgente. Es decir, se contempla como periodo natal el que va desde el nacimiento hasta las 46 semanas posmenstrual (Estándares et al., 2004; Milán et al., 2015). Por el tipo de emergencias médicas que allí se atienden, es una unidad de cuidados que permanece cerrada, con especiales medidas de esterilidad ya que funcionan como espacios donde se atienden a pacientes en estado grave, crítico y potencialmente mortíferos. Estas cualidades del espacio y del tipo de pacientes que allí se alojan conlleva que, a nivel emocional y psíquico, los procesos que suceden tanto en familiares como en el personal médico del área deban *ser especialmente considerados*, tal como se verá a lo largo del desarrollo de los objetivos de esta sistematización.

Cuando ingresa un recién nacido al área de cuidados intensivos neonatales, uno de los *grandes choques psíquicos* que se produce para los padres es el impacto que genera que, el momento del nacimiento de un hijo (acto de vida que representa la esperanza en su máxima expresión) se vea atravesado por emociones abruptas como la angustia, incertidumbre y temores por lo sucedido. Es por lo que, en un estudio llevado a cabo por Flores et al. (2017), consideran que

La filosofía de trabajo de la Unidad de Neonatología se basa en los Cuidados Centrados en el Desarrollo como un programa de estimulación protectora, que sitúa al bebé y a la familia en el centro de atención. Dentro de esta filosofía se considera imprescindible la atención psicosocial, y en particular, la atención psicológica a la unidad recién nacido-padres, pues “la unidad amén de preocuparse de los aspectos puramente biológicos del neonato, tiene un interés muy especial en conocer los problemas de la familia y su entorno” (p. 3).

A lo largo de la práctica realizada en la UCIN de la Clínica, a diario, se estuvo en contacto con las maneras en las que se desarrollan los cuidados que los recién nacidos reciben. Por la delicadeza de su estado de salud, las repentinas descompensaciones y el máximo estado de fragilidad orgánica por la prematuridad en juego, las situaciones de emergencia médica han sido una constante (Registro de práctica, semana del 30/05/2022 al 05/06/2022).

Por lo que se ha podido registrar como un *aspecto fundamental* (y que se trabajará a lo largo de toda la sistematización) la cuestión del *trabajo inter y multidisciplinario*, ya que los bebés requieren de la atención de muchas disciplinas y, quizás, a la vez. Entonces, conviven en la UCIN médicos, enfermeras, psicomotricistas, psicólogas, pediatras y diferentes profesionales especializados. Esta intervención interdisciplinar es una *condición imprescindible*, entonces, para atender a los recién nacidos con factores de riesgo. En este punto, es importante situar lo que Morer et al. (2017) dicen en torno a la *importancia de la figura del psicólogo* en estas coordenadas: por las condiciones de salud del recién nacido, esta situación tiene una trascendencia en lo individual, pero, también, en lo familiar y social. Es por lo que un aspecto a considerar es el ofrecimiento, por parte de la institución sanitaria, de un *soporte psicológico* que permita el *trabajo asistencial preventivo*, con posibilidades de evaluar una derivación a tratamiento psicológico oportuno de padres o familiares presentes, a los fines de “encauzar el seguimiento de las etapas posteriores de desarrollo” (p. 95) del bebé y de la familia.

Dadas estas especificidades del trabajo en la UCIN, la inclusión del psicólogo permite el abordaje de estas situaciones críticas de nacimiento, mediante un *trabajo coordinado y articulado* con otros profesionales. Así, la inclusión de la perspectiva psicológica puede ser una herramienta de gran valor para pensar, elaborar y llevar adelante las estrategias de intervención médicas y psicosociales necesarias, según el caso.

A lo largo de la práctica, en muchas ocasiones la intervención de las psicólogas era requerida por el equipo de profesionales y se la consideraba, en los espacios de discusión sobre los casos, como un *elemento fundamental* a la hora de tomar decisiones, dar partes médicos, precisar las intervenciones o solicitar pedidos puntuales a las familias sobre cuidados necesarios o seguimientos una vez dada el alta al bebé (Registro de práctica, semana del 25/07/2022 al 31/07/2022).

Al resto de los miembros del equipo médico, contemplar cómo la dimensión psicológica se pone en juego y desarrolla en situaciones de incertidumbre, malestar, urgencia en las mamás y papás, les puede permitir advertir cuando los funcionamientos individuales o familiares requieren de atención psicológica, ya sea por modalidades patológicas o índices de alguna descompensación psicoemocional que puede tener una incidencia directa en las mejorías de salud y sostenimiento del vínculo entre el bebé y los miembros de la familia. En las prácticas realizadas estas situaciones eran frecuentes, tal como a continuación se comenta:

(...) las enfermeras deberían saber algo con respecto a la salud mental de las personas para poder trabajar mejor con las mamás que traigan patologías mentales. Se hizo todo lo posible para extender la internación de los bebés el mayor tiempo que se pudiera para evitar que se fueran solitos a la casa con estas mamás que no parecían estar capacitadas para cuidarlos (Registro de práctica, semana del 30/05/2022 al 05/06/2022).

De esta manera, cobra relevancia el papel del psicólogo como una figura que *acompaña y atiende* a la relación entre madre e hijo y con la familia del recién nacido. En caso de ser necesario, también, puede brindar contención al equipo de salud neonatal, tal como se verá en detalle en el objetivo número tres. Desde el punto de vista psicológico, los profesionales deben ocuparse de las *consecuencias e inconvenientes* que acarrea una *separación temprana del recién nacido con la mamá*. Es decir, por cuestiones de cuidados y supervivencia, el bebé requiere de la atención y monitoreo médico constante, aunque también de un contacto estrecho con la mamá, lo cual es valorado, respetado y fomentado por todos los miembros del equipo profesional de la UCIN. En otras palabras, De Durán (2011) dirá al respecto, que “es imprescindible que al niño hospitalizado en Neonatología se le haga sentir la presencia de su madre, la cual debería hablarle y acariciarlo para que pueda, por sobre todas las cosas, construirse como sujeto” (p. 188).

En consonancia con lo dicho, la profesional psicomotricista menciona, en la entrevista realizada, que en la Clínica se

toma al equipo de salud mental como un estándar de cuidado, como otro profesional más que va, otro especialista que va a trabajar con ese niño, entonces, ya para nuestra neo lo más importante es que los padres estén acompañados y que el equipo médico esté acompañado y ahí está lo importante de la interdisciplina y la interconsulta ¿no? En poder tomar esa interconsulta cuando, sobre todo cuando hay mucha demanda del orden del médico por no poder acompañar de manera afectiva a los padres... y poder acompañar a los padres en esa situación de bueno, que es bastante complicada, compleja y que necesita de un abordaje desde la Psicología (Entrevista Nro. 2, 2023).

Por último, es interesante recuperar una cuestión que menciona Baró (2022) en torno a la *Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia*, Ley N° 27.611, sancionada en Argentina en el 2021, también conocida como la “Ley de los dos mil días” que considera el embarazo, parto y los tres primeros años de vida del nacido. Es una ley que pone énfasis en las acciones, prácticas de *protección y promoción de los derechos y necesidades* de este primer momento del desarrollo del ser humano:

Su objetivo tiene que ver con el fortalecimiento del cuidado integral de la salud, como también, de la vida de la mujer y de niños y niñas en la primera infancia. Para este cuidado integral de la salud se prevé el trabajo conjunto de los equipos de profesionales y personal interviniente capacitados según un modelo de atención integral adecuado para el período perinatal (p. 21).

Una vez situadas las especificidades de la inclusión del psicólogo en el ámbito hospitalario y, con ello, en el área de cuidados intensivos neonatales, se continuará por describir de qué se trata, entonces, un área del saber psicológico dedicado, justamente, a las particularidades del trabajo con este momento del ciclo vital humano: la *Psicología perinatal*.

1.1.B. Psicología perinatal y la UCIN

Para intentar hacer un análisis teórico-práctico lo más detallado posible, del trabajo psicológico en la UCIN, este subapartado se desarrollará a partir de algunas cuestiones claves. En primer lugar, *de qué se trata la psicología perinatal*. Esto dará lugar, en un segundo momento, a desarrollar *cómo se vivencia* un nacimiento abrupto o anterior a lo esperado, en tanto una *crisis evolutiva que familia y padres* tienen que atravesar. En este punto, también, se abordará cómo se comienza a *desarrollar la maternidad* en estas situaciones, el contacto con el bebé y, en suma, la *reacción de los padres* frente a la situación de internación de este. Por último, y respecto al trabajo con estas situaciones, se detallarán algunas cuestiones acerca de qué se trata la *inclusión del psicólogo en el equipo médico*.

Según Baró (2022) el *cuidado perinatal* está relacionado con toda acción tendiente a ocuparse de la salud y de la calidad de vida tanto del bebé como de la mamá. Dicho cuidado comienza con la situación de embarazo y se extiende hasta los primeros años de vida del niño. Es importante resaltar que, será de suma importancia, cómo las culturas y maneras sociales de un lugar, dan forma y traducen de qué se tratan estos cuidados perinatales, en concreto. Es decir, son cuidados que involucran una suma de acciones que están fuertemente *definidas culturalmente*, en función de cómo se concibe, qué lugar e importancia se le da al embarazo, el cuidado del bebé, la lactancia, el contacto piel a piel, entre otros. De esta manera, para definir de qué se tratan dichos cuidados perinatales, se requiere de un trabajo en *conjunto* entre las ciencias de la salud y las ciencias humanas o sociales, dado que hay una *íntima imbricación* de aspectos médicos, orgánicos, psíquicos, así como sociales, culturales, económicos y políticos, a la hora de priorizar y dar lugar a la atención en el ámbito perinatal.

Entonces, respecto a la psicología perinatal son varios los autores y estudios en los que se trata esta nueva área de la primera infancia, en la cual se puede incluir el psicólogo. En relación con *sus fundamentos*, sus bases toman los aportes de la Psicología del Desarrollo, la Atención Temprana y la Psicología de la Salud (las cuales se desarrollarán a continuación).

Estos marcos teóricos de referencia es interesante mencionarlos, ya que le otorgan a la Psicología dedicada al momento perinatal una especificidad que, así, le da características diferentes respecto al contexto de atención y trabajo clínico con la salud mental materno-infantil (De Durán, 2011; Flores et al., 2017). De esta manera, Flores et al. (2017) la definirán como

el estudio científico de los procesos biopsicosociales y comportamentales que influyen en la salud, enfermedad y el cuidado sanitario del neonato pretérmino (y a término) durante sus primeros (...) días de vida, y la relación entre esos procesos y el posterior desarrollo. Es por ello que incluye también los cambios emocionales y psicológicos que se producen durante el proceso de maternidad y paternidad en la pareja de padres (p. 2).

Una cuestión interesante que resaltan Hauser et al. (2014) en su estudio, es que la definen como un área de la Psicología que *trabaja con dos sujetos a la vez*, es decir: con la mamá embarazada y el bebé. El principal objetivo que se persigue es que *se incluya la dimensión psicológica en el abordaje* que se haga de las diferentes problemáticas que van surgiendo en este periodo de vida. En varios estudios se subraya como esencial, entonces, un *tratamiento interdisciplinario* de estas cuestiones, ya que el trabajo del psicólogo perinatal se desarrollará en conjunto al de neonatólogos, obstetras, pediatras, médicos clínicos, psicomotricistas, entre otras disciplinas y según las complicaciones del caso. Esto requiere, fundamentalmente, que se intente “superar la fragmentación en la atención física y psíquica de la madre y el recién nacido” (Milán et al., 2015) ya que

esta modalidad de trabajo supone una confluencia de saberes y prácticas diversas y un estilo de trabajo conjunto con los otros profesionales del hospital; así como la aceptación de encuadres diferentes, ya que en ciertas oportunidades es necesario modificarlos cuando la madre debe ser entrevistada frente a la incubadora o en la sala de parto, in situ, donde la crisis se presente (p. 10).

Estas cuestiones son fundamentales para concebir el rol del psicólogo dentro de la Clínica. En este punto, la cuestión acerca de qué se trata la psicología perinatal fue un elemento clave en las entrevistas tomadas a las profesionales del equipo. Si bien las profesionales psicólogas pudieron dar detalles de este nuevo campo de saber, la psicomotricista mencionó que reconoce el área y, si bien no pudo hacer precisiones en torno a la misma, considera que es un *área fundamental* de incluir en el trabajo con bebés en situación de cuidados intensivos.

Es decir, todos los profesionales *concuerdan* con lo necesario de atender a la dimensión psicológica que se pone en juego previo al nacimiento, durante el parto y post parto. Para resaltar esta cuestión, se retoma un extracto de lo comentado en la entrevista realizada, por la psicóloga encargada del área de Neonatología de la Clínica:

La psicología perinatal abarca desde el embarazo de la mujer en el acompañamiento de todo el periodo prenatal; se acompaña en el parto y también en el puerperio. En la clínica en sí, se trabaja con un puerperio inmediato ... cuando nace el bebé están 24 o 48 horas (...) una vez que están todas las condiciones para el alta. Si el bebé se queda en el internado, se trabaja durante el tiempo que dura la internación. Si es necesario después, se les otorga un turno para continuar de manera ambulatoria (Entrevista Nro. 3, 2022).

En torno a las *modalidades que adquiere el trabajo del psicólogo* en el ámbito perinatal, una de las cuestiones más importantes es el *acompañamiento en la guardia* de neonatología y de obstetricia. En este punto, algunos autores mencionan al trabajo del psicólogo perinatal como una labor en la que opera bajo la metáfora del “*psicólogo de trinchera*—es decir, que opera mientras suceden los hechos—, es por eso que debe tener flexibilidad teórica y práctica, ya que aborda diferentes situaciones” (Nieri, 2012, p. 18). Es decir, es un profesional que se encuentra facilitando el desarrollo de personas que están atravesando una situación marcada por crisis, incertidumbres y miedos, por lo cual se torna fundamental considerar las intervenciones desde una *óptica bio-psico-social*. Cuando se hace referencia a esta zona de “*trinchera*”, Milán et al. (2015) comentarán que la misma alude a estar en un *espacio de trabajo con crisis*. Es por lo que los autores sugieren, además, que las problemáticas deben ser abordadas y pensadas en *forma relacional*, “es decir, integrando al bebé, al adulto cuidador y a la institución, considerando como fundamental el modo de comunicación que el terapeuta utiliza en sus intervenciones a lo largo de los diferentes momentos de la internación” (p. 11).

De esta manera, en términos generales (ya que estas cuestiones, en detalle, se abordarán en el objetivo dos), las intervenciones del psicólogo perinatal estarán destinadas al trabajo con padres, equipo de salud y bebés. En torno al trabajo *con los padres*, la búsqueda radica en acompañarlos a focalizar lo que sienten y piensan en cada parte del momento que están viviendo.

Para lo cual se busca propiciar, en cada uno de ellos, la generación de herramientas psicoemocionales que les permitan afrontar y atravesar la situación. Por otro lado, las intervenciones destinadas al *equipo de salud* (las cuales, también, serán desarrolladas con mayor detenimiento en el objetivo tres), suponen atender al que atiende, es decir: ocuparse de poder escuchar sus necesidades, reconocer las limitaciones propias y la importancia de los lazos entre los miembros del equipo, como una red de soporte, contención y, a la vez, de trabajo interdisciplinario (De Durán, 2011; Milán et al., 2015; Nieri, 2012). Respecto al trabajo con *los bebés*, la búsqueda es poder favorecer que se dé un *progresivo proceso de apego* con la mamá, ya que si este no ocurre es un elemento clave a la hora de futuras complicaciones vinculares y de desarrollo del niño. En sintonía con lo mencionado, Tarragó Riverola (2018) dirá que, en el trabajo con los bebés desde la psicología perinatal, la atención no es exclusiva al niño en sí, sino que, fundamentalmente, se busca atender al niño manteniendo el vínculo con sus padres y familia, para que sea el mayor posible. “Actualmente el concepto de Cuidados Centrados en el Desarrollo es una forma de trabajo que se ha ido implantando a partir de la comprensión de las necesidades del niño y de su familia” (p. 227). De esta manera, dicha metodología de abordaje requiere de un trabajo *pluridisciplinar*, donde la influencia del equipo es decisiva a la hora de dar espacio y fomentar que la evolución del estado del bebé sea en el marco de una *relación cercana* con los padres, donde el *vínculo entre ambos quede lo menos dañado posible*. Dirán los autores que, esto, “nos hace pensar en la necesidad de un trabajo de equipo que permita la elaboración de las ansiedades propias de una labor tan altamente estresante y que requiere, a su vez, la máxima calma en la toma de decisiones” (p. 227).

Por otro lado, es necesario considerar cómo los padres reaccionan ante la situación de internación del recién nacido en cuidados intensivos. El vínculo que ambos puedan generar con el bebé, así como el desarrollo de la maternidad en la mamá y las funciones paternas que se comiencen a desplegar son aspectos que, sensiblemente y en la mayoría de las ocasiones, están profundamente afectados por el evento sucedido.

Un sinfín de emociones y pensamientos se ponen en marcha, haciendo que procesos psicoemocionales de contacto con el bebé real, duelo por el bebé imaginado, atravesamiento de la situación de parto y post parto, entre otras, comiencen a vehiculizarse. Además, a lo largo de la práctica realizada, se pudo constatar las diferencias de cómo ingresan psicoemocionalmente preparados aquellos papás que, por enfermedades o signos de alarma ya presentes en el embarazo, previo al nacimiento elaboraron la posibilidad de que sea internado en la UCIN.

Si bien el estrés, la incertidumbre, el miedo y la angustia son inevitables, estos papás pueden transitar de manera diferente estos procesos, ya que las herramientas de afrontamiento y contacto con la potencial situación comenzó previo a su acontecimiento. En otras ocasiones, las internaciones de los bebés se producen por emergencias durante el parto o por prematuridad, entre otras cuestiones, donde los padres se encuentran *abruptamente* con dicha situación (Registro de práctica, semana del 01/08/2022 al 07/08/2022).

Entonces, las situaciones de internación del recién nacido en cuidados intensivos pueden darse por múltiples razones: ya previamente establecidas o a raíz de una urgencia médica. Retomando el quehacer profesional, desde el área de la psicología perinatal, se subraya la importancia de *contemplar las especificidades* de cada situación familiar y del bebé, ya que ello permitirá acompañar los procesos de un modo lo más *subjetivamente particularizado*. Retomando lo planteado, la psicóloga perinatal del equipo de UCIN comenta que

(...) en este sentido también podemos hablar de un aspecto de la Psicología perinatal, ya que esta incluye también el abordaje de una mujer y un hombre que esperan un hijo, desde los inicios del embarazo. En la clínica esto a veces es posible cuando los médicos realizan las interconsultas antes del nacimiento, a veces cuando notan, en alguna consulta, la necesidad del acompañamiento durante periodos de búsqueda del embarazo, cuando este se realiza o a veces cuando por distintos motivos se decide la internación de una mujer embarazada en el internado de gineco- obstetricia (Entrevista Nro. 1, 2022).

Cuando se hace alusión al *desarrollo de la maternidad*, es importante precisar qué implicancias tiene en el marco de desarrollo vital del individuo y una familia. En torno a esta cuestión, Nieri (2012) dirá que se trata de un fenómeno psicológico y biológico, pero también social, dado que las *significaciones socioculturales* que se le den a este proceso humano caracterizan a las formas particulares de dirigirse la mamá hacia el bebé. Además, la asunción de la maternidad puede ser considerada como una

crisis evolutiva y vital, que reactiva los problemas del pasado y potencia los problemas del presente –afectando, en su mayoría, los vínculos con los otros–. Esta crisis evolutiva es atravesada por la madre en función de su historia personal, su estructura de personalidad, la situación presente, las características del bebé y la ubicación de este niño en el desencadenamiento histórico de su familia (p. 19).

Entonces, si bien el embarazo, en sí mismo, implica un hito en el *desarrollo del ciclo vital* de una familia y sus integrantes, en tanto *crisis normal* se puede atravesar sin mayores sobresaltos psicoemocionales. Ahora bien, las formas en la que la mamá atraviese esta crisis dependerán de múltiples factores, entre ellos: su historia personal, “la estructura de su personalidad, su situación presente conyugal, familiar y social, las características del bebé, la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia” (Hauser et al., 2014, p. 66).

Ahora bien, cuando se produce el nacimiento de un bebé en riesgo, con alguna discapacidad o el acto de nacimiento se produce antes de tiempo (por causas ajenas a la mamá, accidentales o fortuitas) genera en los padres, además de la *crisis normal*, una *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” (Nieri, 2012, p. 19).

De esta manera, la juntura de estas dos crisis y el ingreso del bebé a la UCIN provoca en los padres sentimientos de angustia, ansiedad y, en particular, la generación de un estado de *duelo por la pérdida del bebé sano y esperado-imaginado*. En torno a esta cuestión, Morer et al. (2017) puntualizan algunas cuestiones propias de este momento. Comentarán que, en el momento del nacimiento del bebé enfermo o prematuro, los padres deben enfrentarse a una *realidad que es completamente diferente*, en algunos casos, *de la esperada*.

“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” (p. 96). En sintonía con lo mencionado, Milán et al. (2015) agregan que, frente a los sentimientos de angustia de muerte que la situación de internación puede generar en los padres, es importante que estos puedan atravesar los procesos de duelo por el parto acontecido y la pérdida del bebé imaginado, ya que ello da lugar a las posibilidades de que pueda ir generando un *reconocimiento y vinculación afectiva con el bebé real*. Para ello, se torna esencial la *escucha atenta* a los padres, a los fines de que puedan tramitar mediante la palabra lo que está sucediendo, tal como se desarrollará en el siguiente objetivo. Ahora bien, es importante resaltar lo indispensable de la escucha y el alojar al recién nacido por y a través de la palabra por parte de los profesionales, para que el trabajo con estas dimensiones subjetivas pueda ser posible.

Entonces, algunos de los procesos que los papás tienen que comenzar a afrontar, una vez sucedida la situación de ingreso del recién nacido a la UCIN, tienen que ver con procesos de duelo, conexión con el bebé real, desarrollo del vínculo de apego entre la mamá y el bebé, entre otros. En este sentido, Nieri (2012) dirá que los padres tienen que afrontar diferentes emociones, reacciones y etapas desde que reciben la noticia de la internación del bebé:

La primera reacción es la de “incertidumbre”; los padres al enterarse de la situación de su bebé comienzan a plantearse nuevos interrogantes. En esta etapa la comunicación es lo más importante, los médicos deben ordenar los datos, ser honestos, claros y consistentes con la información. Luego, surge la segunda etapa, la cual se caracteriza por la “búsqueda de significados”, generalmente los padres viven la enfermedad del bebé como una agresión a ellos mismos –herida narcisista–, también, suelen sentirse culpables o buscan a otros a quien culpar –como por ejemplo: a los médicos, al destino, a Dios, etc.–. Seguido de esto aparece la rebeldía, negación y aislamiento. Luego la negociación y los rituales; finalmente, los padres aceptan el diagnóstico y sus futuros tratamientos (p. 19).

Retomando un elemento mencionado, en la situación de internación en la UCIN es muy importante que los *intercambios vinculares* entre el niño y la mamá sean posibles, ya que el recién nacido se encuentra, a los inicios de la vida, en un ambiente desafectado, aséptico, medicalizado, controlado y monitoreado constantemente.

En este punto, es importante considerar que las reacciones de los padres, muchas veces, está motivadas por una cuestión particular: 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” (Morer et al., 2017, p. 96). De esta manera, retomando lo dicho por la psicomotricista de la UCIN

con respecto a la psicología perinatal, entiendo que es una rama de la psicología que se enfoca en acompañar a personas gestantes y su familia antes, durante y después del embarazo (...) vuelvo a que considero que quien ingrese a neonatología o a pediatría o a cualquier situación de internado, tiene que entender que el sujeto de intervención se encuentra en una situación de internación con diferentes complicaciones. Entonces me parece que la intervención es diferente a otro tipo de ámbito (Entrevista Nro. 2, 2023).

Al producirse una interrupción abrupta y dramática de la conexión y vinculación de la mamá con el bebé, Tarragó Riverola (2018) constata que, en las mamás que atraviesan esta interrupción de la gestación, se puede desencadenar una “consecuente depresión reactiva, que suele aparecer en los momentos de descompensación del bebé e interfiere en las funciones maternas y en la capacidad de identificar las necesidades de su hijo” (p. 228).

Así, a lo largo de la práctica como observadora no participante en la UCIN de la Clínica, a diario, se han dado múltiples situaciones en las cuales se advertía, con rapidez, la necesidad de *intervenciones específicas* para tratar las dimensiones psicológicas que iban surgiendo: miedos, reacciones de angustia ante el contacto visual con la situación del bebé (con cables, en incubadoras, con la presencia física alterada producto de medicamentos e intervenciones médicas, entre otras) (Registro de práctica, semana del 25/07/2022 al 31/07/2022).

Tal como se mencionó, la inclusión de la psicología en el campo de acción del equipo en salud perinatal supone considerar, entonces, al embarazo, parto y puerperio como momentos que requieren no solo la atención, el cuidado y las intervenciones médicas. También, la *dimensión familiar, de pareja, social, psíquica y emocional* adquieren gran valor por su incidencia e impacto en el desarrollo de la situación y la progresión del estado de salud física tanto del bebé, como de la mamá.

Así, las intervenciones desde la perspectiva psicológica requieren una *adaptación de encuadre*, lo que supone, en muchas ocasiones “reconocer el carácter de urgencia para intervenir ante la emergencia, cuando no se puede esperar los tiempos programados de la interconsulta” (Milán et al., 2015, p. 10).

Respecto a la función de los profesionales de la salud mental en el ámbito de los cuidados intensivos neonatales, son múltiples los estudios que consideran diferentes aristas del ejercicio profesional. En torno a ello, una de las cuestiones que más se menciona es la importancia de *crear un espacio donde la palabra y la escucha* para tramitar lo sucedido sea posible, es decir un espacio *flexible, no enjuiciador*.

Si bien este punto se trabajará en detalle en el objetivo dos, al momento de dar cuenta de las diferentes intervenciones que el psicólogo realiza en la UCIN, Tarragó Riverola (2018) menciona que, al momento de trabajar psicológicamente con los papás, es importante que el profesional psicólogo pueda officiar de

interlocutor del niño, expresando, a través de nuestras observaciones, en qué momento se encuentra según su color, sus gestos, el tono, el estado de conciencia etc...que el niño va mostrando. Sabemos que esto ayuda a los padres a reafirmar sus intuiciones, sus propias observaciones e interpretaciones sobre el estado de su bebé y, por lo tanto, les ayudará a recuperar su función parental a “ser sus padres” a pesar de todo y en las circunstancias en las que se encuentran (p. 231).

Así, los objetivos que se persiguen a la hora de abordar un trabajo en conjunto en la UCIN tienen que ver con *tres aspectos generales*. Por un lado, la *observación* a diario de las necesidades del bebé; por otro, *officiar de soporte* a los padres, mediante la utilización de entrevistas, seguimientos al alta, grupos de conversación con padres, entre otras actividades, con el fin de ayudarlos a establecer, consolidar o desarrollar la vinculación y el apego con el bebé. En este trabajo de seguimiento, muchas veces se requiere de una mirada clínica atenta a signos o manifestaciones que requieran una derivación oportuna. Por último, el *trabajo en conjunto con los otros profesionales* que conforman el equipo médico del área, ya que ello permitirá la apertura de espacios de análisis, tratamiento y reflexión de situaciones difíciles, duras, donde la toma de decisiones está atravesada por múltiples complicaciones, criterios y consecuencias (Gómez et al., 2019; Tarragó Riverola, 2018).

En este punto, en las prácticas realizadas se atravesaron muchas situaciones donde el trabajo coordinado y el criterio psicológico era fundamental para tomar decisiones, atender a signos y patologías manifiestas, entre otros. En el caso de una niña internada por segunda vez consecutiva en la UCIN, por ejemplo

(...) los pediatras que la ven notan que no tiene ningún problema orgánico que le quite el apetito, por lo que se sospecha que es un síntoma psicológico. Además, la niña se arranca el pelo constantemente, ya llegó al punto de tener partes de su cabecita que están calvas. Se pide al equipo de salud mental que interfiera y acompañe a esta familia. Se los deriva a un centro de atención psicológica familiar, en donde notan la agresividad del padre y la depresión de la madre. La niña está haciendo síntoma debido a todo lo que vive en su casa. Se discute cuáles serán los pasos a seguir con esta paciente (Registro de práctica, semana del 04/07/2022 al 10/07/2022).

Milán et al. (2015) dirán que, entonces, las funciones esenciales a desarrollarse por parte del psicólogo tienen que ver con *acompañar y sostener psicológicamente* tanto a la mamá, como a la familia continente en la situación de internación del recién nacido.

El objetivo es poder ofrecer un espacio que permita la *decodificación* de las angustias, la historia familiar y emociones que se van despertando en cada uno de los miembros y que pueden interferir en el proceso de vinculación con el recién nacido. Por otro lado, funciones ligadas a la atención del equipo médico, enfermeras y demás miembros profesionales. En sintonía, Nieri (2012) agrega que otra de las funciones del psicólogo en relación con el trabajo con los padres del bebe internado, está definida por el acompañar a los mismos a que

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 (p. 20).

1.2.ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN LA UCIN

En términos de actividades que lleva a cabo el psicólogo en la UCIN, en el siguiente apartado se las desarrollarán aunándolas en tres cuestiones importantes, a saber: la asistencia, prevención y promoción de la salud mental en el ámbito hospitalario. Para ello, se articularán aspectos de la práctica realizada junto a comentarios de las profesionales entrevistadas, con diferentes aspectos teóricos en torno a estas tres dimensiones a partir de las cuales se pueden precisar las tareas que realiza el profesional, dependiendo de las problemáticas a las que se requiera atender, así como al para qué de las intervenciones que se realizan.

1.2.A. Psicología de la Salud, prevención y promoción

Si bien la búsqueda, en este subapartado, no es hacer una revisión histórica del surgimiento de la Psicología de la Salud, es interesante señalar que este enfoque comienza a tener espacio a partir del trabajo de psicólogos en el segundo y tercer nivel de atención, es decir: en el ámbito hospitalario e institutos de investigación. De Estrada et al. (2005) sitúan que la *introducción de la Psicología en el ámbito del trabajo institucional y asistencial*, así como en docencia e investigación hospitalaria, implicó que se comenzara a considerar lo necesario de una atención cada vez más integral, tal como se mencionó al comienzo del presente objetivo de análisis. Por otro parte, esta emergencia de la Psicología de la Salud en el ámbito general, estuvo estimulado por acontecimientos sociales “y fue parte inherente, por una parte, de la trayectoria de la salud pública en el país de los últimos 30 años, y por otra, del propio desarrollo” (p. 2) de la disciplina.

Por otra parte, en la misma línea Alves et al. (2009) se centran en determinar cómo las intervenciones del psicólogo en la sanidad pública, en sus fundamentos teóricos y prácticos, deben estar sostenidas en los principios de la Psicología de la Salud.

Respecto a ello, en torno al nivel primario, o la conocida *Atención Primaria de la Salud*, las intervenciones deben dirigirse a la salud en general, donde se debe privilegiar tanto la asistencia, como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En términos de *Atención Secundaria de la Salud*, “se brindan las intervenciones especializadas, cuyo objetivo principal es la salud mental. Ahí es donde actúan los psicólogos clínicos” (p. 4). Por último, lo que corresponde al cambio de intervención en un *Nivel Terciario*, las acciones se sitúan en el ámbito hospitalario o investigaciones epidemiológicas.

Respecto a las acciones concernientes a la prevención y detección temprana de psicopatología, distrés emocional y relacional parental en el ámbito de la UCIN, Flores et al. (2017) refieren que el mismo, oportunamente, se realiza por parte del equipo médico en su totalidad, es decir: neonatólogos, personal de enfermería, pediatras, médicos clínicos, trabajadores sociales, entre otros. Respecto a *cómo el psicólogo interviene* en este nivel, proponen la realización de una primera entrevista, donde se buscará identificar algunas cuestiones claves a atender. Por un lado, los niveles de distrés emocional de los padres, así como posibles “indicadores de psicopatología emocional y factores de riesgo vincular” (p. 4). Por otro lado, se tratarán de identificar aquellas capacidades parentales, recursos de índole personal y también familiares para afrontar la situación, y los autores comentan que

Las fortalezas de los padres pueden incluir la sensibilidad predispuesta biológicamente para la madre, la anticipación e identificación de características y necesidades del bebé, una red familiar o social que apoye afectiva o instrumentalmente o un buen apoyo mutuo en la pareja de padre (p. 4).

Una cuestión más que se busca en estas entrevistas es, preventivamente, acompañar a los padres a que puedan ellos mismos comenzar a identificar las posibles señales de estrés y mecanismos de autorregulación del recién nacido. También, se les proporciona información sobre cuestiones básicas de contacto, vinculación, cuidados y modos de abordaje físico y emocional del bebé. En este punto, es interesante considerar que no solo los bebés son prematuros, sino que los papás en el ejercicio de las funciones parentales, también. Esto se debe a que, por lo sucedido, “no han tenido tiempo de completar el proceso de anidación psicobiológica y se pone nombre a las emociones sentidas, para favorecer la función protectora de la universalización y de la expresión emocional” (p. 5).

Además, otro proceso que se tiene que dar es lo que los autores mencionan como *nacimiento psíquico*, el cual no siempre coincide con el *nacimiento físico* del bebé. Este acontecimiento psíquico implica la emergencia de identificaciones, suposiciones y rasgos que comienzan a ser atribuidos por los papás al recién nacido, que comienza a ser envuelto e investido con sentimientos, emociones, inaugurándose así, un lugar real para él dentro de la familia.

Para continuar, se detallan algunas particularidades más en torno a la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud en este ámbito de inserción del psicólogo. En lo que respecta a la *prevención primaria*, la misma se relaciona directamente con la promoción de la salud. Como plantean Alves et al. (2009), las acciones en este nivel no están dirigidas a un individuo en particular, sino que son planes de acción que buscan incidir a nivel educativo, donde se apunta a “la actuación en los problemas epidemiológicos de la población beneficiaria e invierte en la construcción de estilos de vida saludables y en evitar comportamientos de riesgo” (p. 5). En este sentido, la intervención primaria del psicólogo en el equipo de salud, si bien acciona en cuestiones puntuales, debe apuntar en este nivel hacia las prácticas multiprofesionales e interdisciplinarias. Es decir, se busca acrecentar la comprensión de la intervención en salud desde una mirada integral, donde el proceso de salud y enfermedad incluya nociones como cuidado, vida y muerte atendiendo a sus complejidades y multicausalidades, donde por ser un fenómeno estrictamente comunitario, las manifestaciones individuales deben tratarse contextualizadas en ese marco.

Respecto a la *atención secundaria*, la misma radica en la atención en espacios de trabajo ambulatorios o centros de especialidades, donde el objetivo principal es el acompañamiento del individuo en el seguimiento del tratamiento, a los fines de prevenir posibles recaídas por abandono de este.

En este punto, los psicólogos que intervienen en este nivel se sirven de los aportes teóricos en torno a las causas y los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Esto conlleva, en muchas ocasiones, el armado y la implementación de programas preventivos, ya sea para los pacientes como para los equipos médicos que imparten los tratamientos. En términos de la disciplina psicológica, corresponden todas las acciones propias de las especialidades dentro de la misma.

Por último, la *prevención terciaria* se vincula a las tareas de asistencia a problemas de alta complejidad, que se derivan de los otros dos niveles previos de atención. Es un nivel de acción que incluye el seguimiento de pacientes en tratamiento, así como las acciones junto a los familiares con la búsqueda preventiva de promover la orientación y preparación de las situaciones familiares para la externación del paciente. Algunas de las actividades que se realizan en este nivel de atención mencionadas por Alves et al. (2009, p. 10) y que están íntimamente ligadas al ámbito de los cuidados intensivos neonatales, pueden ser:

1. Apoyar y orientar a las familias de pacientes ingresados.
2. Actuar en los cuidados paliativos.
3. Asistir a los profesionales de la salud – cuidar de los cuidadores.
4. Pasar consulta en coordinación con otros equipos de salud.
5. Preparar los enfermos para las cirugías.
6. Asistir y estimular a los niños ingresados en UTI neonatal.
7. Orientar a las madres de niños ingresados.
8. Asistir a las urgencias psicológicas.

1.2.B. Asistencia: el trabajo con los bebés, padres, familiares y equipo en la UCIN.

Si bien, hasta el momento, en la articulación teórica-práctica se trataron algunas cuestiones relacionadas a la dimensión asistencial del trabajo en la UCIN, es interesante poder precisar, con mayor detenimiento, algunas aristas de esta. La asistencia se pone en juego a diario, constantemente.

Si bien las intervenciones, muchas veces, apuntan a varios individuos a la vez, a los fines de organizar el desarrollo del subapartado, se intentará hacer hincapié en tres cuestiones: el trabajo con los bebés, por otro lado, con los padres y, en tercer lugar, con el equipo médico. Como se mencionó, la inclusión del psicólogo en el ámbito hospitalario es de suma importancia para abordar los procesos de salud y enfermedad, desde una perspectiva integral y contemplativa de las múltiples complejidades en juego. Respecto al ámbito de cuidados intensivos, tanto la emergencia médica, como la urgencia subjetiva y las situaciones a diario de contacto con la vida y la muerte, forman parte del clima a diario de este espacio de la Clínica. A lo largo de la práctica realizada, en las jornadas se vivenciaron un sinnúmero de situaciones donde familiares, profesionales y padres atraviesan sentimientos y estados psíquicos completamente diferentes, ya sea por la emoción de una mejoría en un recién nacido internado o el empeoramiento que puede concluir en la muerte del paciente (como en algunas ocasiones sucedió), entre otras. Es un espacio de trabajo con la salud, la enfermedad, la vida y la muerte donde los sentimientos, la noción del tiempo y el espacio, las necesidades, angustias, fortalezas y debilidades individuales están trastocadas, afectadas y sensiblemente movilizadas. En este punto, la inclusión de psicólogo permite poder comenzar a abordar, interpretar, abrir espacio, contener y trabajar cada uno de estos aspectos psicoemocionales que se juegan en cada uno de padres y profesionales que pasan por la UCIN (Registro de práctica, semana del 22/08/2022 al 28/08/2022).

En las entrevistas realizadas, en este punto, la psicomotricista del equipo de profesionales resalta que

(...) el rol del psicólogo me parece que es súper importante en una unidad de cuidados intensivos neonatales (...) Creo que el hecho de que la prematuridad irrumpe, rompe es inesperada, intrusiva y hace que la psiquis de los padres o de los cuidadores o de quienes funcionen como tales se vea amenazada. Y si no hay alguien que acompañe desde lo emocional lo vincular y haga de sostén de esa situación, es muy difícil que se pueda lograr un vínculo en esa situación de tanta vulnerabilidad (Entrevista Nro. 2, 2023).

En una investigación llevada a cabo, Ramírez (2009) menciona que, durante el periodo perinatal, tanto la mamá como el bebé atraviesan una serie de acontecimientos que son inéditos a nivel biológico, como social y también psicológico. Con la noticia del embarazo, se inaugura un complejo proceso de *alojamiento psíquico del futuro bebé*.

Esto, lleva a considerar que cómo la madre subjetivamente considere y empiece a invertir la idea de llegada al mundo del bebe, “da inicio a una relación atravesada por una subjetividad. La familia actúa como soporte de esta relación, ubicándose como un primer sistema de red de apoyo social” (p. 110). De esta manera, en el proceso, es factible que los cambios y desajustes orgánicos, psíquicos y emocionales impliquen la adaptación y reacomodación a nuevas sensaciones, emociones, miedos, malestares. Así, estas cuestiones pueden llevar a desajustes en el plano psicoemocional, por lo cual se puede llegar a requerir la *derivación al área de Salud mental*, de las pacientes en consulta con obstetricia durante el embarazo, o luego del parto. En estos casos, puede suceder que el equipo médico reconozca que hay algún índice, signo o manifestación en la paciente que excede a su campo de saber y requiere de atención profesional. En el estudio mencionado, se sugiere como oportuna, entonces, una *consulta prenatal*, entendida como un momento propicio para la detección temprana de “conflictos, situaciones de violencia, abusos de sustancia, duelos, trastornos mentales” (p. 111), entre otros.

Otra cuestión que se sitúa como interesante a la hora de pensar las actividades que lleva adelante el psicólogo en el ámbito de los cuidados intensivos neonatales, es la consideración de una “*inversión de la demanda*” (Ramírez, 2009, p. 112). ¿Qué quiere decir esto? Si bien muchas de las demandas de intervención parten de la interconsulta, con frecuencia sucede que es el terapeuta el que ofrece un espacio con determinado encuadre y, con ello, la disposición de la escucha para aquellos que se encuentran atravesando situaciones adversas. Si bien en el objetivo dos se abordarán las especificidades que cobra esta escucha y cómo se operativiza el uso de la palabra para tramitar lo que está sucediendo, en lo que respecta a lo que se viene planteando, el trabajo del profesional consiste, entonces, en el ofrecimiento de un espacio donde se aloje la subjetividad del consultante.

Respecto a estas cuestiones, la psicóloga dedicada al momento neonatal del equipo de la UCIN de la Clínica, en la entrevista realizada comenta que

(...) durante la internación de Neo, además de la atención del equipo de salud hacia el bebé, justamente de lo que se les habla a los padres es de cuidados donde a veces se les "enseña" y/o sugieren modos, recursos o herramientas para tocar, sostener, alimentar a su bebé. Esto es necesario, por un lado, porque favorece un acompañamiento y mayor seguridad, pero por otro, puede provocar sentimientos de culpa por no saber o no entender, frustración ante las equivocaciones, ansiedad... etc. Por lo que considero que la diferencia de este espacio es justamente brindar un tiempo y lugar para que sean ellos quienes "hablen", inventen modos singulares de tratar a ese hijo, lo cual no está desligado de su historia, devolverles un saber que por momentos pareciera solo lo tienen los profesionales. La escucha atenta es para mí la técnica principal y fundamental lo que implica poder preguntar, señalar, ubicar palabras claves dentro de un discurso y darles un lugar importante (Entrevista Nro.1, 2022).

Es por lo que De Durán (2011) dirá que, el equipo de salud tiene *dos compromisos* fundamentales. Por un lado, *trabajar con la diada madre e hijo* que se separa producto de la internación del recién nacido y, por otro, “darle permiso a la madre para generar o incrementar su maternalización” (p. 189), lo cual tiene que ver con el *ejercicio de la maternidad*. Por lo que el psicólogo, entonces, ayuda a los padres a atravesar situaciones de alta complejidad física y psicoemocional, producto de la internación del recién nacido. Además, en este punto refiere que

no se trata de calmarlos o pretender borrarles el sufrimiento, sino de intervenir y subsanar las consecuencias de la separación entre madre e hijo. Por lo tanto, la intervención psicológica está orientada tanto a la atención y al acompañamiento de los padres como al recién nacido (p. 189).

En el trabajo con los padres, el nacimiento antes de término, con complicaciones o de bebés de riesgo, implica para aquellos el advenimiento de una *situación de urgencia constante*. Es por lo que, en este momento de caos subjetivo, el acompañar psicológicamente a los padres para que sea posible el *proceso de simbolización del hijo*. Dicho de otra manera, para que puedan seguir *imaginando e invistiendo psíquicamente* al recién nacido luego de lo sucedido.

Muchas veces, la inminente separación de la mamá del recién nacido lleva en ellas que se creen *sentimientos de culpabilidad o angustia*. Dadas las condiciones psicoemocionales en las que transcurren los padres ante la internación del bebé, el trabajo terapéutico conlleva el ofrecimiento de un espacio individual, tal como se mencionó, donde se trata de acompañar con la presencia y la escucha, más allá de toda concepción u objetivo preestablecido (Tarragó Riverola, 2018). “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” (Morer et al., 2017, p. 97).

Entonces, al momento de enfrentar la inminente internación de un recién nacido, en términos generales, uno de los grandes desafíos para los padres es la *alteración* que se produce en las *expectativas de tener un bebé sano*. Además de lo esperado, *los modos de abordar y tratar al recién nacido* también se ven afectados, ya que el estado físico de este crea una atmósfera para los papás de sensaciones de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia. De esta manera, los papás se encuentran con la incertidumbre, en muchas ocasiones, de no saber cómo tocarlo, alzarlo, moverlo, que implican los signos que presenta el bebé, entre otros.

En este punto, es interesante retomar lo que comenta la profesional dedicada a la psicomotricidad de la UCIN de la Clínica:

me formé y especialicé en Cuidados del neurodesarrollo y en lactancia materna. Entonces la intervención principal mía en neonatología con cualquier paciente que ingresa a la neo ya sea que tenga 25 o 24 semanas, que serían los más chiquitos que pueden entrar, hasta un bebé de término que por alguna injuria puede ingresar a neonatología. Es a través del cuidado del neurodesarrollo que se trabaja con los padres para que ellos puedan decodificar ese tipo de cuidado, ya que el bebé prematuro es muy distinto de lo imaginado. Entonces, de alguna manera hay que enseñar a los padres a poder decodificar cómo los bebés se comportan para que ellos puedan tener herramientas para poder mirarlos, para poder leerlos, para poder cuidarlos y para poder acompañar su desarrollo en la neo en la que nosotros trabajamos (Entrevista Nro. 2, 2023).

De esta manera, la decodificación de los requerimientos del bebé implica que los papás puedan comenzar a suponer y atribuirle al hijo necesidades, lo cual está en íntima relación con el desarrollo de lo que algunos autores refieren como *instinto materno* y, en suma, de un *vínculo temprano de apego*. En este punto, De Durán (2011, p. 189) menciona algunos objetivos fundamentales que el psicólogo en la UCIN atiende respecto a la diada entre la mamá y el bebé:

- 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.

Entonces, el establecimiento de una relación de apego es un elemento clave a la hora de acompañar procesos de internación de prematuros. Sucede que existe la posibilidad de que el *vínculo se ponga en riesgo*, ya que la situación de internación y trastocamiento de la realidad individual y familiar puede propiciar la aparición y desarrollo de “modalidades vinculares disfuncionales” cuando el hijo tiene algún déficit.

“Las diferentes características y modalidades en el ejercicio de las funciones maternas definirán las modalidades vinculares primarias, teniendo un efecto en la representación del niño que la madre construya” (Hauser et al., 2014, p. 67). Por lo que es esencial que los papás puedan trabajar en aquellas *barreras en la interacción* que aparecen producto de la situación de prematuridad. Es decir, los progenitores requieren ayuda para tramitar y metabolizar aquellas sensaciones, sentimientos y fantasías que surgieron a partir de lo sucedido, para que puedan encontrar modos más adecuados y ajustados a la realidad psicobiológica del bebé para interactuar, relacionarse y ocuparse de los requerimientos del recién nacido.

A modo de ejemplo, en las prácticas llevadas a cabo se presencié una situación donde

(...) se observa que los padres están muy angustiados (son primerizos), sobre todo la mamá que considera que fue su culpa. Interviene la psicóloga para acompañarlos y, con la mamá, para poder trabajar el sentimiento de culpa y el miedo que toda la situación le generó. Además, ella comienza a decir que siente que no tiene la capacidad de cuidar a un bebé tan chiquito. Se la ve realmente angustiada, su marido está muy preocupado por la salud del bebé. Ambos están todo el día en la Neo. Se turnan para ir a su casa a bañarse y cambiarse. La psicóloga les explica que tienen que descansar, que el bebé está muy bien cuidado, se les presenta a las enfermeras encargadas de cuidar al bebé, para que estén tranquilos. Se indaga sobre la red de contención familiar (padres, madres, hermanos, tías etc.) para ver si pueden ayudar y acompañar. Esto es muy importante ya que la red familiar en caso de ser beneficiosa y saludable juega un rol muy importante en el acompañamiento y sostén de los papás (Registro de práctica, semana del 24/10/2022 al 30/10/2022).

Nieri (2012) considera oportuno el trabajo con los papás respecto a algunas cuestiones que se presentan con suma urgencia. Por un lado, indagar las *creencias personales* de cada padre, a los fines de trabajar en las mismas y que puedan ser motorizadas como recursos de afrontamiento, no de inhibición o angustia.

En este punto, es importante el *silencio y ofrecimiento de un espacio de soporte psíquico* donde se respeten los *tiempos parentales de elaboración subjetiva*: “darles un pañuelo o una palmada en la espalda es suficiente para demostrarles que estamos ahí y que cuando tengan ganas de hablar acudiremos en seguida” (Nieri, 2012, p. 20). También, remarcar y trabajar con el equipo médico, la importancia de que los *familiares puedan ingresar al servicio de neonatología*, lo cual hace “que los padres se sientan acompañados por sus familiares y a su vez, hace que la familia pueda inscribir en la historia familiar a este bebé real” (Nieri, 2012, p. 20). Hauser et al. (2014) agrega que esto permite a los padres, también, poder elaborar la *percepción de vulnerabilidad que se hacen del recién nacido*.

Asimismo, la *resonancia afectiva* que tiene la internación del bebé, activa y resignifica múltiples aspectos de la propia historia de los padres, así como de sus vínculos y de la relación de pareja.

Es por lo que, otras de las cuestiones a atender desde la dimensión psicológica, es el proceso de elaboración por la pérdida del parto imaginado (en caso de que se haya presentado antes de término o con complicaciones) y, también, del bebé imaginado. Así,

(...) la tarea en las UCIN consiste en favorecer la construcción del entramado necesario para que ese bebé no solo sea percibido en tanto un cuerpo que necesita cuidados especiales, sino también como un psiquismo en desarrollo, inmerso en un entramado vincular, cultural, social, familiar (Hauser et al., 2014, p. 76).

Respecto a la atención dirigida al bebé, en el transcurrir de la práctica se vivenciaron, a diario, situaciones donde tanto el equipo de médicos y enfermeras como los padres, se preocupan por el estado y desarrollo emocional y psíquico del bebé. Mediante reuniones de equipo, revistas de sala, discusiones sobre casos, consultas de padres, manifestación de preocupaciones o pedidos a miembros del equipo, se ha podido constatar el *lugar privilegiado* que se le da al *desarrollo psicobiológico del bebé internado*. En este sentido, muchas veces sucede que los padres *se sienten desorientados* al respecto, ya que lo esperado se vio coartado y, de esta manera, el reconocimiento de las necesidades y respuestas del bebé no es tarea sencilla para los papás. Una pregunta que surge, a menudo, es respecto al sufrimiento de este:

El bebé que nace prematuro no es un ser insensible al que su sistema sensorial no le permite sentir el mundo circundante. Ya no es posible pensar que el recién nacido no sufre, incluso se (...) le supone hipersensible, ya que la inmadurez de su equipamiento neurobioquímico no le permite aún la puesta en marcha de sistemas inhibidores del dolor (Tarragó Riverola, 2018, p. 231).

De esta manera, dada la dependencia y fragilización del estado biológico del recién nacido, es esencial la manera en la que la madre, y los progenitores en general, se vinculen con él. Un *vínculo cercano*, tal como se mencionó, basado en el reconocimiento progresivo de necesidades será determinante, en tanto crean las condiciones para el desarrollo psicobiológico del bebé.

En situaciones donde existe riesgo de daño neuronal, así como una degeneración de funciones primarias, la posibilidad de que los padres atiendan a los requerimientos que este va manifestado, puede ser un indicador del grado de adaptación lo más óptima posible y reducción de las consecuencias negativas en la salud y estado a futuro.

Entonces yo creo que junto con el equipo de salud mental, el acompañamiento es a la familia y al mismo equipo médico y es cuestión de poder acompañarlos para que ellos también puedan acompañar de la mejor manera a la familia que tienen enfrente (Entrevista Nro. 2, 2023).

En torno al equipo médico propiamente dicho, el objetivo tres estará dedicado, con exclusividad, a esta dimensión esencial del trabajo en la UCIN. Ahora bien, en lo que respecta a la dimensión asistencial psicológica, un punto importante a considerar desde el saber psicológico es la *atención y escucha hacia los profesionales* que permita, fomente y cree las condiciones para impulsar *mejoras en la calidad de su quehacer*. Es decir, se puede establecer un espacio de orientación para trabajar la dimensión psicológica de muchas intervenciones o decisiones que el equipo médico tiene que tomar. Por ejemplo, en situaciones donde se tiene que comunicar a los papás problemáticas concretas o decisiones difíciles a tomar, se pueden abordar con los profesionales los modos y las formas de abordar estas cuestiones con papas en estado de urgencia subjetiva. En este punto, se apela a fomentar “la unificación del conocimiento de los diferentes profesionales para facilitar la transmisión de la información que demandan las familias” (Morer et al., 2017, p. 98).

Por estar en contacto a diario con el sufrimiento, dolor y malestar, respecto a la propia subjetividad de los miembros del equipo médico, Nieri (2012) sitúa como tareas asistenciales importantes a realizar por parte del equipo de salud mental que se encuentre en la UCIN, “acompañar a superar los sentimientos de impotencia y culpa, se debe fomentar, acompañar y respetar los rituales de despedida que realicen cada uno de los miembros del equipo, reforzar periódicamente conocimiento sobre duelo, entre otros” (p. 20).

1.2.C. El trabajo con la vida y la muerte: el COPAP y la resiliencia familiar.

(...) creo que las personas que trabajamos ahí, eh, estamos constantemente cerca de la muerte y pero también cerca de la vida. Entender que son procesos que pueden pasar, que pasan y creo que está en cada uno cómo sobrelleva diferentes situaciones ¿no? No quedar pegado a la situación sin poder resolver (...) Creo que hay situaciones que sí afectan y me parece que es normal, es real y bueno esta bueno, trabajarlas y hay situaciones que, bueno, uno espera... que sabe que van a pasar y bueno, tiene que poder seguir con el trabajo (Entrevista Nro. 2, 2023).

La UCIN es un lugar donde se puede vivenciar el inicio, desarrollo y la resolución de una situación crítica vital específica, tanto para el recién nacido que ingresa, como para cada uno de los miembros de su familia. Este aspecto implica atender a los procesos vitales, por lo cual los acontecimientos de mejoría, alta, desarrollo y maduración del bebé ingresado están en contacto a diario y a cada segundo, con situaciones de empeoramiento, inestabilidad, fragilidad y muerte. Como en todo proceso vital, el nacimiento y la muerte son dos momentos culmines del mismo. Ahora bien, no es menor el impacto que tiene esto, a nivel emocional, psíquico y laboral tanto en familiares como en los equipos de profesionales que dedican muchas horas de sus días a trabajar en este ámbito específico de trabajo con la salud y la enfermedad.

En las entrevistas realizadas al equipo de profesionales de la UCIN de la Clínica, un elemento ha sido constante en el decir de todas las profesionales, a saber: el trabajo con la *vida y la muerte* es una constante en este ámbito, para lo cual se requiere estar preparado a nivel de conocimiento y formación pero, fundamentalmente, en el modo de gestionar este tipo de situaciones a nivel individual y en forma grupal (mediante el trabajo interdisciplinario), en conjunto con la familia del paciente.

En este sentido, la labor del profesional en psicología que se incorpora al equipo de trabajo es de suma importancia, para *atender, asistir, acompañar, ayudar, orientar* procesos de decisión, de comunicación de información, de tramitación de una noticia, de atravesamiento de un proceso, entre otros.

Antes de continuar con las implicancias de este trabajo con la vida y la muerte, es interesante lo que menciona una profesional entrevistada, quien considera que los padres del bebé internado se los conceptualiza como

(...) padres activos, como partícipes activos del cuidado del niño, por lo que desde un inicio se les enseña cómo cuidarlos de cambiarle los pañales, los sensores (los bebés se encuentran conectados a muchos cables y electrodos), etcétera, hasta que ellos sean quienes realizan la mayor parte del cuidado de su hijo (Entrevista Nro. 2, 2023).

Esto es fundamental, ya que es una visión del equipo interdisciplinario que sitúa al eje parental en el centro de la cuestión respecto al recién nacido, y se torna clave por *dos cuestiones*. Por un lado, porque permite que los padres *comiencen a desarrollar técnicas, saberes, modalidades y sentimientos* que permitan una vinculación cercana, cuidada, segura y contenedora del recién nacido. Por otro lado, para el bebé es un elemento imprescindible para su desarrollo, *la manera* en que sus padres se ocupan de sus necesidades y le proveen de un ambiente confortable y cuidados adecuados según el momento del proceso madurativo que esté atravesando. A largo plazo, esto trae aparejadas consecuencias positivas para el desarrollo psicobiológico de éste (Caruso, 2011). La psicomotricista continúa diciendo que

(...) nuestra intención como equipo médico de enfermería, especialistas es que la familia ingrese las 24 horas que tengan un ingreso irrestricto y que pueda acompañar a un bebé que vuelvo a repetir, no es el imaginado. Esto dista mucho sumado a él puerperio, sumado a lo traumático del nacimiento prematuro antes de tiempo y como irrumpe eso en todas las familias, ¿no?y en la psiquis materna y paterna, sobre todo. (Entrevista Nro. 2, 2023).

Respecto al *impacto psicoemocional* que tiene el ingreso de un hijo al ámbito de cuidados intensivos neonatales, Flores et al. (1017) coinciden en ubicar a esta situación como una fuente generadora de sentimientos parentales de extrañeza, fragilidad, sumado a un alto monto de exigencia de disponibilidad, lo cual puede generar “el término brusco de la sensación de fusión” (p. 3) con el bebé.

En los meses que fue posible presenciar el trabajo en la UCIN de la Clínica, fueron recurrentes las situaciones donde madres y padres manifestaban sentimientos de culpa por tener que dejar el bebé internado, o atribuirse la responsabilidad de no haber podido evitar lo sucedido y que decantara en una situación de riesgo.

Por otro lado, la *hipervigilancia del recién nacido o la labilidad emocional* frente a la situación, son experimentadas por los padres frecuentemente. Además, los autores dirán que

algunos progenitores parecen encontrarse “disociados”, o muestran muy poco impacto afectivo. Todas estas reacciones son frecuentes y no deben ser patologizadas, forman parte del proceso normal de adaptación y afrontamiento de una situación tan estresante como es la hospitalización del propio hijo o hija. Sólo cuando estas reacciones son tan intensas o tan prolongadas en el tiempo que interfieren con la presencia o disponibilidad afectiva de la madre o del padre durante la hospitalización se consideran disfuncionales (p. 3).

Por ende, la UCIN es un ámbito donde, en muchas ocasiones, se hacen presentes las dificultades de los padres para investir al bebé internado, fundamentalmente por esta *situación crítica* entre la vida y la muerte que se encuentra. En algunas circunstancias, la muerte es anunciada, pero en otros casos toma por sorpresa. En ambos casos, el *alto impacto emocional* que implica, requiere de intervenciones en tiempo y forma para que el proceso de duelo pueda ser llevado a cabo de la manera más sana posible. En este punto, Tarragó Riverola (2018) dirá que las familias comienzan *este proceso de duelo*, el cual puede resultar un alivio para algunos y, para otros, un agobio. Esto dependerá de los recursos de la familia, y su “capacidad para hacer frente a lo incierto, de su posibilidad de encarar el futuro con este bebé y de su capacidad para asumir su culpa por haber perdido la esperanza por su propia creación” (p. 233).

En este sentido, en las entrevistas realizadas y a lo largo de la práctica transitada en la UCIN es posible situar, puntualmente, la importancia de dos elementos que se piensan, utilizan y buscan fomentar desde el trabajo interdisciplinario perinatales, a saber: *el contacto piel a piel y la resiliencia familiar*. Ambas, pueden ser consideradas como herramientas que permiten un mayor acercamiento, conexión y posibilidades de vinculación entre los padres y el bebé que efectivamente tienen.

El nacimiento marca un pasaje de la vida intrauterina a la extrauterina, donde uno de los procesos que esto implica es la creación de otras formas de hacer contacto con el cuerpo materno, además de entrar en contacto con un sinnúmero de estímulos externos, propios del mundo circundante y los otros. Entonces, respecto al *contacto piel a piel* denominado COPAP, literalmente, implica la posibilidad de que el recién nacido entre en contacto físico con el pecho materno, la piel de la mamá. Al respecto, la psicóloga neonatal dirá que, en el ámbito de los cuidados intensivos, se dan situaciones de malestar, desmejorías incluso muerte, pero

así como están esas situaciones también están aquellas dónde cada movimiento del bebé hacia una mejoría es vivida con alegría o alivio. Nos alegramos cuando el bebé se va "descomplejizando", cuando una mamá puede por primera vez realizar el "COPAP" que es el contacto piel a piel, cuando puede dar de mamar después de casi no poder tocarlo para evitar una "sobrestimulación" al ser prematuros de riesgo. Pero así como están esas situaciones, también están aquellas dónde cada movimiento del bebé hacia una mejoría es vivida con alegría o alivio (Entrevista Nro. 1, 2022).

Haciendo alusión a esto, Brundi et al. (2006) en un estudio donde recopilan material bibliográfico en torno al COPAP, aseguran que está demostrada la eficacia y los efectos beneficiosos a inmediato, corto y largo plazo del contacto piel a piel entre la mamá y el bebé por razones de índole emocional, psíquica y física, tales como una “mejor regulación térmica sin aumentar el consumo de oxígeno, mejoría en la oxigenación, menor número de crisis apnéicas y estabilidad de la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca” (p. 160). Por otro lado, mencionan que este contacto se puede fomentar mediante *dos mecanismos*. El primero se relaciona con “facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socioemocional del recién nacido” (p. 160) y, el segundo, con atender al impacto que se produce en la relación entre madre e hijo. Dadas las características del ambiente y los cuidados que implican la UCIN, se torna fundamental un contacto estrecho con la mamá, a los fines de desarrollar y fomentar la presencia de mecanismos autorregulatorios en el bebé, mediante la percepción de estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos del cuerpo materno.

En este sentido, los autores dirán que

el cuidado de recién nacidos prematuros requiere de unidades de terapia intensiva especializada, intervenciones farmacológicas y prácticas de cuidado invasivo que llevan a un ambiente con estímulos excesivos, luz permanente, ruidos y sobreestimulación que supera la capacidad de autorregulación e interrumpe el desarrollo de los ciclos de sueño alterando las respuestas fisiológicas del recién nacido (p. 160).

Ahora bien, al comienzo del subapartado se mencionó el COPAP y, también, la *resiliencia familiar*. Antes de desarrollar algunos aspectos fundamentales de este recurso psíquico, es necesario situar *porqué* se torna fundamental en la UCIN. Para ello, no se puede eludir trabajar, a grandes rasgos, las *implicancias de la presencia de la muerte*, dentro de este ámbito de cuidados perinatales. Al respecto, Nieri (2012) dirá que la muerte de un hijo es un acontecimiento que genera mucho dolor en la familia, por lo cual la estructura por completo de esta se ve afectada, haciendo necesario atravesar un proceso de duelo complejo, que marca un antes y después de la historia individual y familiar. También, la muerte de un bebé internado tiene incidencia en el equipo de profesionales,

para ellos resulta muy difícil ser testigos de una muerte contra la que se intentó luchar por distintos medios. Esto implica enfrentar problemas intelectuales, técnicos y emocionales, en donde se piensa en qué se hizo y cómo se hubiera podido evitar; esto significa que ellos deben renunciar a su omnipotencia y aceptar sus limitaciones (p. 20).

Aun así, el equipo tiene que poder ofrecer un espacio de contención y sostén emocional integral, mediante el proporcionarle a la familia información clara, precisa y detallada, pero además tiene que poder hacerlo de un modo donde la forma comunicacional sea asertiva, empática, desde el consuelo y la cercanía emocional.

A lo largo de la práctica transitada, el impacto ha sido muy fuerte con estas situaciones dolorosas, donde han surgido preguntas respecto a “¿cómo hacen los médicos para lidiar con la muerte de bebés día a día? La mayoría de los papás están desbordados, lloran, se los ve estresados. ¿Cómo viven estos papás el duelo por la muerte de un hijo recién nacido?” (Registro de práctica, semana del 06/06/2022 al 12/06/2022). En este punto, una de las profesionales entrevistadas, menciona que

en este trabajo cotidiana uno se encuentra con la vida y también con la muerte es una situación que cuando aparece provoca muchísima angustia por supuesto en la familia, en los padres, pero también en el equipo de salud. Porque en realidad uno no lo puede como entender, ¿no cierto?. El embarazo, el parto, el nacimiento tiene que ver con la vida no con la muerte... entonces es difícil por ahí acomodarse a una situación que, aunque uno sepa que es una posibilidad siempre es inesperada no está dentro del proyecto de vida. Entonces, bueno a veces ocurren nacimientos con algunas patologías, que de alguna manera eso va haciendo que esta posibilidad aparezca o cuando hay un diagnóstico prenatal también... (Entrevista Nro. 3, 2022).

Morer et al. (2017) mencionarán que, frente a la situación de reanimación de un recién nacido internado en UCIN, dos preguntas son recurrentes: “¿va a vivir o a morir?, ¿será normal o deficiente?” (p. 97). El fuerte impacto que tiene esto en la vida psicoemocional de la mamá y el papá implica que, como forma reaccionaria, comiencen a sentir culpa, angustia, fastidio por lo sucedido. En tanto *hecho traumático*, la hospitalización del recién nacido puede implicar dificultades en el proceso de vinculación, como se mencionó: “cuando el bebé muere hay un movimiento simbólico de la estructura familiar, queda un lugar vacío, el que venía a ocupar el recién nacido” (p. 97).

Por otro lado, en los estudios y desarrollos sobre la temática concerniente al *duelo neonatal*, el énfasis está puesto no solo en cómo vivencian y atraviesan el proceso los familiares del bebé sino, además, cómo el equipo de profesionales metaboliza lo sucedido y continúa con su labor luego de ello. En otras palabras, Flores et al. (2017) dirán que “en la atención al duelo neonatal está incluido todo el personal, y el papel de la psicóloga es favorecer que tanto los padres como el personal puedan transitar esa pérdida” (p. 6).

En la práctica que se llevó a cabo, fueron muchas las situaciones que se vivenciaron de fallecimiento de un bebé. Al respecto, se retoma una de ellas, a los fines de analizar la temática en cuestión, relacionada con un caso de una niña internada que, luego de varias altas médicas, fallece. La conmoción fue, tanto para la familia como para el equipo, donde la mezcla de emociones, dolor y sufrimiento hace de esta, una situación particular, única e irrepetible:

Me pregunto: ¿Cómo se lleva el duelo perinatal por la muerte de un hijo que desde antes que nazca ya se sabe que va a morir? ¿Cómo afecta la vida de los padres el tener un bebé en la Neo durante 3 años? Se han tenido que mudar de ciudad, hace 3 años viven en un departamento frente a la Clínica. ¿Cómo afectará esto a los médicos? Todos quieren mucho a C. y están muy atentos y preocupados por la salud de la niña. La nena está muy grave algunas de las doctoras lloran porque creen que esta vez no va a salir de la internación (Registro de práctica, semana del 11/07/2022 al 17/07/2022)

Falleció C., hay un ambiente muy triste en la clínica. Fueron muchos años de atenderla, sus papás son personas maravillosas, siempre con buena onda, intentando estar con una sonrisa. Hoy los padres pasaron a despedirse y agradecer al equipo médico. Todos lloran, es muy triste este momento, y emocionante a la vez. Dicen que están agradecidos por haber tenido el privilegio de tener a su bebé por 3 largos años, que esto hubiera sido imposible sin la ayuda de este excelente equipo médico. Es un momento muy emotivo. También pienso en los médicos que estaban visiblemente afectados por esto qué pasó... y vuelvo a reafirmar que creo que es necesario un servicio de salud mental para los doctores que trabajan en la clínica (Registro de práctica, semana del 18/07/2022 al 24/07/2022).

Si bien son amplios los desarrollos en torno a cómo se atraviesa un *duelo perinatal* por parte de la familia y el impacto que tiene en los equipos médicos, la temática en sí excede los propósitos del objeto de análisis de la presente sistematización de la práctica transitada. Aun así, es importante mencionar que, desde el equipo, se pueden poner en marcha ciertas *prácticas de soporte o no soporte*, tal como mencionan Toro Bermúdez et al. (2017) en estas situaciones adversas y subjetivamente conmocionantes. En tanto proceso de duelo, el mismo conlleva el atravesamiento de algunas cuestiones, tales como la aceptación de la realidad de la pérdida, el trabajo con las emociones que produce, así como la adaptación a la ausencia de ese individuo. Por último, es importante que se produzca una recolocación emocional del bebé fallecido.

En torno a las prácticas denominadas de *soporte*, las mismas tienen que ver con acciones que pueden llevar a cabo los profesionales del equipo médico, que se dirigen a dar soporte a los miembros de la familia, a los fines de que pueda desarrollarse el curso del duelo de un modo lo más natural y sano posible. Algunas de dichas acciones pueden ser

permitir al doliente algún tipo de recuerdo, respeto a la autonomía de los padres dolientes, facilitar la interacción con el bebé fallecido, promover la expresión de sentimiento por parte de los padres, utilización de humor apropiado, ceder tiempo para acompañar y escuchar al doliente, ceremonia privada, llamadas de seguimiento, y capacitación y educación a profesionales (Toro Bermúdez et al., 2017, p. 92).

Por el contrario, Toro Bermúdez et al. (2017) ubicarán como *prácticas de no soporte*, justamente, a todas aquellas intervenciones que se consideren poco asertivas o ineficaces a la hora de atender a las etapas y los estados que conlleva un proceso de duelo. Acciones (o inacciones) tales como la falta de comunicación, de consideración de necesidades afectivas, así como eludir el impacto emocional que tiene un suceso tal como la muerte de un ser querido, son algunos ejemplos de este tipo de actos que incrementan los niveles de sufrimiento, malestar y dolor ya existente frente a lo ineludible sucedido.

Asimismo, es necesario considerar el impacto y efecto que puede tener la muerte de un paciente para el equipo a cargo de la UCIN. Al respecto, sentimientos de tristeza, frustración y conflicto con el propio quehacer profesional, o con el criterio de algún miembro del equipo, pueden ser ejemplos de cuestiones que pueden suscitar subjetivamente. En el objetivo tres se abordarán, en detalle, qué sucede con las necesidades por parte de los miembros del equipo médico, pero en este punto es importante resaltar que, si bien son agentes de salud, el posicionamiento personal y profesional se pone en jaque en una UCIN.

En todas las oportunidades, en la práctica realizada, que se compartieron momentos donde los profesionales verbalizaban cuestiones en torno a situaciones de muerte de bebés, un elemento que se resaltaba era la necesidad de que el propio equipo cuente con profesionales dedicados a la salud mental, para ellos también poder tener un espacio de diálogo, escucha y contención profesional, ya que ésta es un tipo de labor donde implicancia es profesional, pero humana también (Registro de práctica, semana del 26/09/2022 al 02/10/2022).

Hasta aquí, abordar las especificidades de cómo se transita la muerte y el duelo neonatal permite situar la importancia de un recurso subjetivo muy importante en una instancia vital así, a la hora de afrontar una situación donde el embate entre la vida y la muerte muchas veces es complejo y su desenlace, triste. En este sentido, la *capacidad de resiliencia* que los padres puedan tener se torna clave, ya que está en juego la conjunción de tres elementos: por un lado, la *crisis vital* que implica la internación del bebe en la UCIN, por otro lado, *el estrés* que esta situación genera a los padres y, por ende, los *mecanismos de afrontamiento* que se deben poner en marcha. Y, en tercer lugar, el *factor tiempo*, es decir, la urgencia de que sea posible una pronta y rápida adaptación al proceso por parte de los padres, ya que esto es clave para el bienestar del recién nacido (Caruso, 2011). En tanto capacidad para afrontar crisis vitales, para superar las adversidades, la capacidad resiliente de un individuo le permite atravesar dichas luchas para seguir y salir adelante. Es un concepto que se relaciona íntimamente con el potencial sanador y constructivo que tienen las emociones positivas en el ser humano, ya que implica poder integrar la experiencia que se transita en una totalidad que hace a la identidad tanto individual como familiar (Vega, 2006). En relación con esta capacidad del ser humano, Caruso (2011) dirá que

el campo de la resiliencia familiar está creciendo, por un lado, en el reconocimiento de cómo una crisis produce persistentes cambios que impactan a la familia como un todo, y sucesivamente, en el reconocimiento de los procesos familiares claves que median en la adaptación de todos los miembros (p. 484).

Este recurso de afrontamiento de una crisis vital en el ámbito de la UCIN es un elemento muy considerado a la hora de intervenir desde la dimensión psicológica tanto con familiares de bebés internados, como con los equipos médicos. La consideración del proceso que implica una internación en cuidados intensivos despliega la necesidad de contar con herramientas psíquicas que permitan dar respuesta a lo que sucede, tramitándolo mediante el uso de la palabra y a través de ciertas herramientas y procesos psíquicos.

En el objetivo que continúa, el eje de análisis estará centrado en, justamente, aquellas intervenciones a partir de las cuales se ponen en marcha estos procesos y se acompaña a papás y mamás desde un trabajo interdisciplinario.

2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE REALIZA EL PSICÓLOGO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Este espacio en dónde se pueda pensar al hijo, los deseos, los proyectos, también es posible e importante más allá de la internación, cuando la maternidad y paternidad se empiezan a pensar incluso previo al embarazo y nacimiento de un bebé. Allí también intervenimos (Entrevista Nro. 1, 2022).

A la hora de pensar el quehacer del psicólogo en el ámbito dedicado a los cuidados intensivos neonatales, es necesario considerar algunas cuestiones propias de las maniobras o estrategias que tendrá que operacionalizar el profesional, a los fines de llevar adelante sus propósitos de trabajo con lo psíquico y anímico en juego. En esta instancia del análisis teórico-practico, se retomarán algunas cuestiones mencionadas en el desarrollo del primer objetivo, aunque, aquí, la búsqueda estará centrada en poder situar de qué se tratan, en qué marco se aplican, así como las posibilidades y límites de las intervenciones en la UCIN. Para esto, tres interrogantes orientarán el devenir del desarrollo, a saber ¿desde dónde se interviene? ¿a partir de qué herramientas? y ¿cómo se interviene?.

De esta manera, en el presente objetivo se tratará de describir aquellos *espacios y herramientas* a partir de las cuales es posible pensar *la intervención* en el ámbito neonatal. Para ello, se analizará la importancia de espacios de encuentro y trabajo profesional, tales como los *ateneos de salud mental* y las *revistas de sala* que realiza el equipo. En este punto, se intentará resaltar la utilidad de las *entrevistas* como herramienta para recabar información. Así mismo, y a los fines de llevar adelante un trabajo en equipo interdisciplinario, la *escucha* y *observación* son herramientas con las cuales, también, puede contar el profesional y debe saber utilizar en sus aspectos más detallados.

Por otro lado, el *uso de la palabra* y la *contención* en la urgencia psicológica, que nos demuestran la importancia del decir, y del diálogo, en momentos de tanta angustia, malestar, o, por el contrario, sorpresa y eventos repentinos (tanto fortuitos como penosos).

2.1. ATENEOS DE SALUD MENTAL, REVISTAS DE SALA Y EL DISPOSITIVO DE TRABAJO EN LA UCIN

Tal como se titula el presente segundo eje de análisis teórico-práctico de la experiencia transitada, al momento de abordar el quehacer y las intervenciones que realiza el profesional psicólogo en el ámbito de los cuidados intensivos neonatales, es importante preguntarse *en y desde dónde* se interviene. Así, las acciones a realizarse son diagramadas y coordinadas a partir de dos actividades que se llevan a cabo en la UCIN de la Clínica: los *ateneos clínicos* y *las revistas de sala*. Ambos, son espacios considerados de vital importancia, ya que allí se da un momento de encuentro entre todos los profesionales que, a diario, comparten su quehacer en la UCIN. Al ser un equipo conformado por profesionales dedicados a diferentes especialidades médicas, la *interdisciplina* es una cuestión crucial, que se abordará en detalle en el último eje de análisis de esta sistematización. Entonces, en dichos espacios, los profesionales conversan, discuten y toman decisiones en conjunto respecto a un caso, una situación determinada que tienen que resolver, o definir cómo continuar con la orientación médica de tratamiento y de acompañamiento de los papás del bebé internado.

A lo largo de la práctica realizada, fue esencial la participación en dichos momentos de intercambio y trabajo en articulación, ya que allí se vivenciaron un sinnúmero de situaciones donde las dificultades de los profesionales, diferentes posiciones sobre una determinada situación con algún bebé internado, así como debates en torno a decisiones tomadas o requeridas.

Esto implicó que se pudieran ir observando las arduas complejidades que los profesionales atraviesan, todos los días, en este espacio de trabajo intensivo donde la vida, la muerte, incertidumbre, el dolor, sufrimiento y lo traumático está en juego constantemente.

De esta manera, el trabajo articulado, la comunicación clara y constante, la contemplación de los argumentos del otro profesional y el requerimiento de un abordaje integral de la situación del recién nacido y su contexto familiar, han sido cuestiones de suma importancia relevadas. Tal como se puede recuperar de la experiencia transitada,

(...) me sorprendió ver lo humanos que son los médicos, cuando termina la revista de sala vamos a una oficina donde ellos debaten que medicamentos y que tratamiento se le dará a lo largo del día a cada bebé. Una vez allí empezaron a planear que hacer si el bebé se tenía que ir a su casa. Entonces se dividieron tareas como: “vos conseguí sondas, vos conseguí leche, vos conseguí tal remedio” y así, organizaron armar un botiquín para que en caso de emergencia el bebé tenga una “internación domiciliaria” (Registro de práctica, semana del 20/06/2022 al 26/06/2022)

Entonces, en el ámbito clínico hospitalario, el psicólogo puede estar inserto en espacios puntuales de trabajo interdisciplinario (como son las revistas de sala y los ateneos clínicos que se hacen en la UCIN) pero también en otros espacios institucionales, tales como consultorios externos de pediatría, psicología, gineco-obstétrica y clínica general, entre otros (Mercado, 2013). Respecto a la labor propiamente dicha, además de *trabajar con los padres* sobre ciertos temas que competen a la internación del hijo recién nacido y el proceso parental, el psicólogo *trabaja con los demás profesionales*, acompañando en la toma de decisiones médicas, en los modos de comunicarlas a los papás y, en suma, de diferentes aspectos del vínculo entre los profesionales y familiares del recién nacido.

Retomando la cuestión de los espacios de inserción, Santos et al. (2011) en su estudio mencionan que, a la hora de incorporarse en el equipo interdisciplinario, la Psicología Perinatal se dedica a la asistencia perinatal en diferentes espacios, tales como *salas de internación obstétrica, guardia obstétrica*, así como *en parto, parto y cesáreas*.

Por otro lado, también, puede intervenir en las necesidades que surjan en los espacios donde se dan las *internaciones conjuntas* de madres e hijos, así como en *consultorios pediátricos*, tanto en aquellos que se dedican a la atención clínica general, como aquellos especializados en el seguimiento de niños de alto riesgo. Además, mencionan a la *Unidad de Cuidados Intensivos neonatales*, como otro de los ámbitos hospitalarios en el cual se requiere del abordaje psicológico.

Por último, respecto al quehacer, dirán que la “modalidad de trabajo del psicólogo perinatal presenta características particulares: consiste en una “guardia hospitalaria diurna”. El equipo de psicólogas acompaña diariamente la guardia neonatológica y colabora con obstetras en un trabajo interdisciplinario” (p. 120). De esta manera, en los *consultorios* denominados *externos*, es posible el trabajo asistencial psicológico con el niño internado y su familia, a partir de la evaluación del tipo de vinculación que se comienza a desarrollar, y aquellos aspectos concernientes al desarrollo psicomotor y de funciones cognitivas del bebé, a los fines de que los equipos médicos puedan precisar intervenciones oportunas y pautas de estimulación acordes a los indicadores que se puedan observar. En torno a la dimensión comunitaria y social, es importante el trabajo e identificación de los recursos de afrontamiento con los cuales puede contar el entorno familiar inmediato del recién nacido (Santos, 2013; Vega, 2006). También, otro espacio de acción del psicólogo son las denominadas *guardias psicológicas*. Entendidas como guardias hospitalarias de trabajo con la urgencia, se colabora con los profesionales en la atención y contención según la problemática urgente que se esté dando, ya sea por una situación crítica de un paciente, su familia o del equipo médico a cargo.

Respecto al espacio dedicado a los cuidados intensivos en neonatología, allí, el profesional psicólogo trabaja con el bebé, los papás y el vínculo entre ambos. En este punto, tal como se mencionó en el primer eje de análisis, es necesario contemplar un enfoque de trabajo en estrecha vinculación con la *situación de crisis* que se puede desencadenar a partir de una patología perinatal. De esta manera, el profesional puede utilizar herramientas de *emergentología* (Santos, 2013) para atenuar el impacto de la internación del bebé.

En este punto, una cuestión interesante a considerar en torno al *dispositivo de trabajo* en neonatología, es que el mismo se despliega ante *situaciones críticas*, es decir, en el momento del nacimiento y el vínculo temprano entre la mamá y su hijo recién nacido prematuro o que presenta alguna patología neonatal. Así, una de las características principales de este dispositivo es que no trabaja aisladamente solo con el paciente en sí (el bebé o la mujer embarazada), sino que lo hace con la madre, el bebé y, principalmente, *lo que sucede entre ellos*, es decir en cómo se va tejiendo, fomentando y desarrollando el vínculo.

Dicho de otra manera, la perspectiva a partir de la cual se abordan las intervenciones contempla los elementos *vinculares* y ligados a un *proceso de desarrollo* físico, psicológico y relacional, el cual se encuentra en ciertas condiciones particulares de delicadeza, fragilidad por la situación de internación y patología neonatal. En las entrevistas realizadas, la profesional psicóloga encargada del área de Neonatología de la Clínica comenta una intervención puntual (realizada en situación de pandemia) que se pensó en el marco de poner en valor los elementos vinculares:

(...) fue algo inusual y que se tuvo que hacer y que creo que resulta de mucha mucha ayuda fue en el momento de la pandemia. En ese momento bueno se restringieron todo tipo de de visitas en la NEO y muchas mamás ingresaban con COVID a tener a sus bebés y no podían estar en contacto con los bebés. Entonces el bebé y la mamá quedaban en aislamiento y el bebé pasaba a la neo. Las Intervenciones que hicimos ahí, fue intervenir en relación a lo vincular y lo que se hacía era en las mamás extracción de la leche para poder alimentar a su bebé y lo que se nos ocurrió es que unas gotitas de leche quede en unos trapitos de apego que se ponen cerquita de la cara de los bebés para empezar a construir el apego. Después en otras situaciones también se hizo que la mamá grabara audios con la voz y se lo poníamos. Se empezaron a hacer cosas para continuar con la iniciación del apego en esta situación tan tan puntual y tan tan difícil tan difícil no solo para... bueno para la mamá sino también para toda la familia (Entrevista Nro. 3, 2022).

Ahora bien, estas características y especificidades que adopta el dispositivo de trabajo responden a las maneras con la cuales, los profesionales, se encuentran con las demandas/ necesidades por parte de las familias (o alguno de los papás) de los bebés internados.

En este sentido, Ramírez (2009) dirá que, una cuestión importante a considerar en estos ámbitos de trabajo en sala de internación tiene que ver con lo que denomina una *inversión de la demanda*. Es decir, por las formas en la que se hace presente el malestar y padecimiento psíquico, pocas son las veces que los pacientes demandan, activamente, un espacio de escucha terapéutica.

En general, dado que la urgencia psicológica se manifiesta como una *reacción* a determinado evento o la situación de salud del hijo recién nacido y el contexto de internación, las demandas de escucha *parten de espacios de interconsulta*, donde se evalúa la posibilidad de ofrecerle a una familia o algún miembro de esta, dicho espacio. Al respecto, una de las profesionales entrevistada del equipo comenta que

(...) la Psicología en la UCIN forma parte del equipo de salud que interviene de manera permanente y desde el inicio en el ingreso a la terapia intensiva de cuidados neonatales. Conformamos todo el equipo interdisciplinario en conjunto con enfermería, con los médicos, con psicomotricista con fonoaudiología, bueno y con los médicos (...) que tengan que intervenir con el paciente de acuerdo a la interconsultas. Se trabaja desde el inicio hasta el alta acompañando e interviniendo no solamente con los papás sino con la familia, a veces con los hermanitos también (Entrevista Nro. 3, 2022).

De esta manera, es el terapeuta el que ofrece el dispositivo de escucha, siendo la demanda de contención psicológica una cuestión que *se co-construye* entre los implicados, médicos y enfermeras que están, a diario, en contacto con los bebés internados y sus familiares.

Otro aspecto a considerar en el trabajo en sala de internación es que el profesional tendrá que ubicar, por un lado, la posición del médico/equipo que se va a poner en juego con cada paciente buscando una explicación etiológica y determinando la conducta a seguir y, por otro, el lugar de la paciente, su familia y su dolor. Este no es el embarazo idealizado, programado, el esperado. Este embarazo poco o nada tiene que ver con el soñado y en algunos casos aproxima antes de tiempo la separación entre ella y su hijo (Ramírez, 2009, p. 112).

En muchas ocasiones, tal como se abordará en el tercer objetivo, quienes requieren contar con un espacio de escucha y contención psicológica son los mismos miembros del equipo de profesionales a cargo.

De esta manera, en este espacio de acción se requiere que encuadre del dispositivo terapéutico *adopte formas diferentes* a las *clásicamente* definidas para el trabajo con la salud mental en el ámbito clínico. Si bien ésta esta cuestión se contempla para toda intervención psicológica en el ámbito hospitalario general, a lo largo de la práctica realizada, específicamente en el ámbito de la UCIN, esta cuestión fue un elemento clave.

En muchas ocasiones, la acción de las psicólogas del equipo partía de los espacios de conversación y discusión sobre el estado de un caso particular, así como las reacciones y los modos de sobrellevar la situación por parte de los familiares. Además, el desarrollo de un espacio de escucha y contención, en la mayoría de los casos, se lleva adelante en espacios físicos concurridos, habitaciones de internación, o frente a la presencia de otras personas. La manera clásica de pensar un modo de trabajo psicológico dispuesto en un consultorio particular, con un horario prefijado y con la prosecución de un proceso terapéutico gradual, aquí toma otras características que responden, fundamentalmente, al estado de urgencia y brevedad con la que se requiere intervenir, acompañar y contener. En una oportunidad, una situación que ilustra esta cuestión, está relacionada con una situación donde, “(...) después de la revista de sala me quedé charlando con mi referente y le pregunté si los psicólogos acompañaban a los papás (...) ... me dijo que sí, si entran en urgencia o, si lo pedía el equipo médico” (Registro de práctica, semana del 20/06/2022 al 26/06/2022).

Además, las intervenciones pueden asumir modalidades diferentes, también, en función de los *lugares, dispositivos y situaciones* a partir de los cuales se llevan adelante. Así, Flores et al. (2017) en una investigación llevada a cabo sobre estas cuestiones, hacen alusión a diversas formas que pueden adoptar las mismas. Por un lado, mencionan las ***intervenciones psicológicas intensivas***, las cuales se utilizan ante la presencia de una psicopatología o distrés emocional marcado, en casos donde la hospitalización del recién nacido hace que las condiciones del vínculo con los papás se vean gravemente dificultado. Además, esto se acrecienta por las condiciones emocionales de extrema vulnerabilidad y traumatismo materno, dadas las condiciones de acercamiento a la situación orgánica y de internación del hijo. Esto puede implicar graves riesgos vinculares con consecuencias psicoemocionales a corto y largo plazo en el desarrollo de este.

En estas situaciones, entonces, “la mayoría de las *intervenciones son psicoterapéuticas de breve duración*, ajustándose a las características especiales de este periodo. En cualquiera de los casos, la atención que se proporciona debe ser sensible, orientada a las fortalezas e individualizada” (p. 6).

Si bien las intervenciones estarán ajustadas a cada familiar en particular, en términos generales, son acciones que apuntan al trabajo con los papás y a facilitar la puesta en marcha de *recursos de afrontamiento* que puedan ser viables para la situación, así como la creación de *una red de contención* para la familia inmediata del recién nacido. Los autores precisan que

en este momento vital el trabajo psicoterapéutico va a orientarse a las denominadas “interacciones imaginarias” de los padres con ese bebé, desde la perspectiva de la observación y análisis de las motivaciones y deseos de los padres y del bebé, y de si sus necesidades se ajustan o no (...) (p. 6).

Por otro lado, las *intervenciones en crisis* se consideran de suma necesidad, cuando el estrés en las mamás es elevado y comienza a asociarse a problemas de regulación en los bebés y en su desarrollo psicomotor y del lenguaje. De esta manera, el bienestar parental es una cuestión fundamental para atender y cuidar en el ámbito neonatológico, para lo cual “se trata de favorecer un afrontamiento saludable desde la óptica del crecimiento ante la adversidad” (Flores et al., 2017, p. 7). Para ello, desde estas situaciones críticas se apunta a intervenir para varias cuestiones.

Por un lado, a los fines de *acompañar a los padres* en el restablecimiento emocional, es decir, facilitando los procesos de comunicación y expresión emocional, a partir de una escucha activa “poniendo nombre a las emociones, identificando las necesidades que esas emociones ponen de manifiesto, con reflejos empáticos, la disponibilidad y contención afectiva” (p. 7). Por otro lado, *ofreciendo la disposición y disponibilidad* profesional, a los fines de que los papás sepan que cuentan, en caso de que lo requieran, con dicho espacio.

En muchas ocasiones, con tan solo saber que tienen la posibilidad, eso ya oficia de *un aliciente* para un momento donde el cuidado afectivo en momentos críticos tiene efectos altamente pacificantes del malestar psíquico. Además, se busca la estimulación y

movilización de los recursos personales (recuperar el procesamiento cognitivo, habilidades de autocuidado) y sociofamiliares (red de apoyo familiar o social). Se trabaja siempre con las fortalezas (¿qué te ayuda a sobreponerte? ¿qué te ha ayudado en el pasado a afrontar situaciones difíciles?) y se resignifican positivamente los síntomas o las reacciones emocionales o conductuales (por ej. se explica la labilidad emocional materna como el resultado de un estado de sensibilidad afectiva predispuesto biológicamente de forma protectora y saludable, porque facilita la vinculación con el bebé) (Flores et al., 2017, p. 7).

Por último, los autores mencionan las intervenciones que se realizan en el marco de los programas denominados de **Riesgo Social**, y en las *Unidades de Embarazo de Alto Riesgo*. Los primeros se llevan adelante cuando se detectan necesidades socioeconómicas, afectivas o de apoyo sociofamiliar en el contexto inmediato del bebé internado. A partir de estas acciones, la principal búsqueda es la movilización de recursos para que las familias puedan cubrir las necesidades que van emergiendo. En este punto, el trabajo interdisciplinario con áreas psicosociales, tales como profesionales dedicados al Trabajo social, es de suma importancia, ya que, en muchas ocasiones, las necesidades socioeconómicas y de servicios sociales requieren de acciones estatales o profesionales específicas. Además,

se ayuda a estar disponibles (por ej. dando información sobre los beneficios del método canguro para su bebé o transmitiendo ideas sobre qué hacer con los afectos intensos) y a disfrutar en el contacto con el bebé (por ej. amplificando la conciencia somática de las sensaciones positivas y placenteras cuando practican el canguro), y se facilita que cada madre y padre sean los maestros de su propio proceso personal (Flores et al., 2017, p. 7).

Las intervenciones en la *Unidad de Embarazo de Alto Riesgo* se ponen en marcha cuando se pide la incorporación de contención y apoyo psicológico en situaciones de crisis, con madres embarazadas que se encuentran hospitalizadas por amenaza de parto prematuro.

Aquí también se abordan las situaciones desde un enfoque de intervención en situación de crisis, donde el objetivo principal es la *reducción del estrés* a partir de la movilización de los *recursos psicoemocionales inmediatos* en la mamá, “ayudándole a recuperar la sensación de cierto control (por ej. dando información sobre cómo es la UCIN o favoreciendo una interacción imaginaria positiva con el bebé)” (p. 7).

Si bien se pueden diferenciar estas modalidades de intervención del psicólogo es importante resaltar que, al ser un área de trabajo interdisciplinario y donde la urgencia y la imprevisibilidad están al orden del día, esto conlleva que los profesionales puedan *evaluar la situación de cada momento* y tomar las decisiones en conjunto que mejor se ajustan a la situación o emergencia dada. En la práctica realizada en la Clínica, una situación que ilustra lo que se intenta decir, se relaciona con el caso de una mamá que comenzó a trabajar en la posibilidad de internación de su bebe previo al nacimiento.

En este sentido, fue destacable en los papás las posibilidades de elaborar y afrontar la situación de internación con algunas herramientas psíquicas y una disposición emocional mucho mayor. Aunque el dolor, el sufrimiento y el malestar son inherentes a la situación que se vive a diario en la UCIN, los papás que tienen la posibilidad de comenzar a elaborar la situación (con cierta anticipación) se encuentran con una mejor posición a la hora de afrontarla. En este punto, en una investigación acerca del trabajo con la salud mental y las intervenciones en perinatología, Ramírez (2019) dirá que

la oportunidad que brinde esta detección en la consulta prenatal facilitará la conducción del proceso de gestación, parto y puerperio. Intervenir precozmente en patologías severas favorece el conocimiento de la paciente y su familia e instala una relación de confianza con el equipo de salud. La comunicación entre la paciente, su familia y el equipo que la asiste se torna esencial ya que permite tomar decisiones informadas, en relación a los riesgos que los tratamientos pueden ejercer sobre la embarazada y su hijo (p. 111).

Esto, no sólo da cuenta de la importancia de un trabajo con las cuestiones emocionales y psicológicas que se ponen en juego en cada momento del desarrollo perinatal. Además, esta cuestión ejemplifica el valor que asume la *interconsulta* y la *capacidad de los profesionales de concebir un trabajo interdisciplinario*, donde las diferentes aristas que inciden en el trabajo con lo orgánico se contemplan desde cada campo de saber específico.

Esto requiere poder trabajar con profesionales psicólogos, psiquiatras, psicomotricistas, neurólogos, pediatras, enfermeras, cardiólogos y demás. Si bien en el objetivo tres se abordará esta cuestión, este punto se menciona en el presente momento de la articulación teórico-práctica, dado que los lugares a partir de los cuales puede insertarse y accionar el psicólogo depende, en su gran parte, de las posibilidades de realizar un trabajo en equipo articulado, donde la confluencia de saberes permita un abordaje integral de cada caso en cuestión.

A continuación, se menciona un extracto del registro de práctica que explicita con mayor detalle lo mencionado del caso citado:

La pareja sabía que, ante un posible pico de tensión, debían realizar una cesárea de emergencia. Así fue como a las 34 semanas de embarazo se realizó esta intervención y nació el bebé. La psicóloga comenzó a trabajar con ella desde la semana 22 de embarazo cuando se detectó este problema de salud. Se la fue preparando para cuando llegue este momento. Se la ve dentro de la Neo muy tranquila, el hecho de haberse anticipado a qué esto podía pasar le permitió estar tranquila y preparada. Los frutos del acompañamiento terapéutico que se realizó con esta mamá se pueden observar a través de la calma que ella tiene. En una Revista de Sala, al hablar con el obstetra le comenta: “durante estos meses me preparé para lo peor, al final no fue tan grave, estoy contenta y tranquila de que mi bebé está cuidado y sé que va a estar bien. Estamos en el mejor lugar que podríamos estar. Gracias, son excelentes médicos.” (Registro de práctica, semana del 19/09/2022 al 25/09/2022)

2.2. EL USO DE LA PALABRA Y LA IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA, EL ACOMPAÑAMIENTO Y SOSTÉN PSICOLÓGICO: INTERVENCIONES POSIBLES EN LA UCIN

Hasta el momento, a lo largo del análisis se ha intentado plantar progresivamente, aquellas características y especificidades de la UCIN como un ámbito de inserción del psicólogo. En este sentido, es importante resaltar que el trabajo psicológico, aquí, se enmarca en un *contexto atípico* en términos de la clínica psicológica clásica, dado que los cambios que acontecen tanto a nivel orgánico como subjetivo (en el bebé internado, la mamá, familia presente) son abruptos, a diario y con constantes variaciones. Es decir, el abordaje y trabajo con la dimensión psicológica requiere contemplar las complejidades que se ponen en juego en un espacio donde son constantes las mejorías y desmejorías, lo imprevisto, inesperado y traumático que sucede. Tal como mencionan las profesionales en las entrevistas, a diario se enfrentan a múltiples escenarios: situaciones gobernadas por el desconocimiento y la incertidumbre; por lo sucedido que llevó a un cuidado intensivo repentino, abrupto, urgente o inesperado. Pero, por otro lado, también se encuentran con la presencia del contraste que se produce cuando, en una internación en la UCIN y por diversas razones, se pudo prever la posibilidad de esta, (y se había comenzado a trabajar con la mamá y la familia que acompaña, qué implicaría tal situación). Es por lo que, respecto a los cuidados intensivos, es estar en *contacto permanente con el límite entre la vida y la muerte*, el proceso de desarrollo de una enfermedad; de un diagnóstico desconocido; situaciones de empeoramiento del cuadro del bebé sin posibilidades de mejoría; momentos donde médicamente es irreversible la situación del recién nacido, y cómo el equipo contiene y maneja la situación con la familia; situaciones de mejoría y, fortuitamente, posibilidades del alta.

Otra cuestión interesante por mencionar, es el trabajo que se lleva adelante para que las personas puedan ir desarrollando capacidades psíquicas de afrontamiento de la situación que vienen atravesando. En este sentido, se cita a continuación un extracto de la entrevista realizada a la profesional psicomotricista del equipo de UCIN de la Clínica, en el cual se puede situar, con claridad, de qué se trata el trabajo a diario de acompañamiento en este ámbito de acción. Luego, se intentará detallar y analizar cada uno de los elementos que se mencionan:

Con respecto a las intervenciones más relevantes o esenciales son la escucha, el acompañamiento, la contención, el sostén. Se despiertan muchos miedos, temores que son complejos a la hora del parto prematuro... del nacimiento prematuro. Entonces, creo que un acompañamiento como se hace en nuestro equipo desde el minuto cero, a veces con entrevistas prenatales donde se les muestra la neo, si están internados, se les muestran fotos de la neo, se muestran los profesionales con los que van a trabajar y en el caso de que sea abrupto el nacimiento o repentino, se trata de que el acompañamiento sea lo más rápido posible; lo más tempranamente posible, para que esta situación de vulnerabilidad, de miedo, de angustia y de terror sea asimilada de la mejor manera posible y con el acompañamiento necesario. Y después me parece que otra de las intervenciones es durante la estadía en neonatología, con las diferentes situaciones que van surgiendo. De repente intubaciones repentinas o pacientes en estado crítico, pacientes con diagnósticos complejos. La posibilidad de la muerte que está cerca, la posibilidad de la vida que está cerca... Se van buscando herramientas para que los padres y las madres aprendan a conectarse con sus hijos, sorteando estos obstáculos. Entonces, por lo que creo que es de suma importancia que el equipo de salud mental, tanto Psicología o en este caso Psicomotricidad, están constantemente presente en neonatología acompañando a las familias y, por último, a la alta poder trabajar con ellos sobre la resolución de la prematuridad y la posibilidad de irse a su casa con un hijo que no fue el que entró, que es un poco más parecido al imaginado, pero que se construyó durante todo el pasaje por neonatología (Entrevista Nro. 2, 2023).

En el marco de estas cuestiones específicas, entonces, el trabajo psicológico consiste en la *disposición de un espacio para la subjetividad* de quienes están atravesando la situación de internación de su hijo recién nacido. La búsqueda es poder darle al individuo, la posibilidad de que se *aloje lo que le sucede* y, mediante el uso de la palabra, la escucha y el diálogo, que se pueda producir un *sentido individual* que haga posible continuar, en el marco del contexto que atraviesa (Ramírez, 2009).

En el ámbito de la neonatología, tal como se mencionó previamente, el rol del psicólogo consiste en la colaboración con un aspecto necesario de atender en un espacio de trabajo médico: cuidar que la *tecnificación* no produzca una *deshumanización* de la pediatría (Nikodem, 2003). Esto implica, en primer lugar

brindarle al recién nacido prematuro un medio confortable y continente, tales como el uso de nido, piel médica, monitoreo no invasivo, respetando sus ritmos de sueño-vigilia, sólo cobra sentido si somos capaces de reconocer al RN prematuro como un ser sensible expuesto a estímulos externos, intensos e invasivos, lo cual nos obliga a calmarlo luego de intervenciones dolorosas o estresantes, rescatándolo así de un lugar de puro cuerpo biológico. *La humanización en la atención neonatal* es consecuencia de poder ubicar a estos niños como sujetos, portadores de un nombre, una historia, un ser de deseo y no un referente de signos médicos. En definitiva, el recién nacido sujeto en oposición a objeto de las prácticas médicas (Brundi et al., 2000, p. 176).

Entonces, la UCIN, al ser un espacio de trabajo con la urgencia médica y vital, la confluencia de *saberes diferentes* es necesaria para abordar lo más integralmente posible todas aquellas aristas que se encuentran comprometidas por la situación límite, que lleva a la internación en cuidados intensivos. Entonces, se requiere del trabajo junto a otros profesionales, neonatólogos, pediatras, obstetras, enfermeras y trabajadores sociales; así como la aceptación de encuadres diferentes, in situ, donde la crisis toma lugar: frente a la incubadora, en la sala de parto, en una consulta gineco-obstétrica, por guardia obstétrica, entre otros. Es por lo que la intervención psicológica en el ámbito de cuidados intensivos neonatales busca que se puedan *resignificar* la vida, el dolor, el sufrimiento y la muerte, ya que se considera que el individuo no se reduce a una pura entidad biológica; sino que se comprende a la dimensión psicológica como un aspecto activo de la persona humana. Para ello, es importante que los familiares del recién nacido, así como el resto del equipo médico tratante, puedan ir visualizando y elaborando, concretamente, el grado de susceptibilidad o de resistencia de un recién nacido de alto riesgo ante la acción continua de agentes externos (Oberman et al., 2008).

Para retomar con los diferentes aspectos importantes del quehacer del psicólogo en este ámbito de acción, entonces, en la entrevista realizada a la psicóloga perinatal de la UCIN de la Clínica, y en sintonía con lo mencionado por las demás profesionales del equipo, comenta que la intervención psicológica se la concibe, principalmente, como

(...) un espacio de escucha que permita alojar y acompañar los afectos que emerjan durante la internación de un bebé, alojar los miedos de los padres, propiciar momentos que permitan organizar la información que se les da, despejar las fantasías o malentendidos que surjan de estas. Sobre todo, dar lugar al decir de cada madre o padre que transita por esa situación que siempre es difícil más allá de la complejidad de la salud del bebé (Entrevista Nro. 1, 2022).

Así, uno de los *objetivos* de intervenir desde la arista psicológica y emocional, implica poder *aliviar el sufrimiento y padecimiento psíquico*, mediante acciones y apertura de espacios de escucha donde se pueda valorar, rescatar o desarrollar la dimensión humana del niño internado. En estos momentos de crisis vital, la posibilidad de poner en palabras lo que les está sucediendo, es una acción sumamente importante y pacificadora para el psiquismo y el estado emocional de papás que atraviesan una situación límite con su bebe recién nacido. Específicamente, que haya un espacio de escucha de sus fantasías, temores y angustias es elemental, ya que estas cuestiones delimitarán las maneras en que ellos mismos observan y se vinculan con el bebé internado. Fava Viziello et al. (1992) interesados por estas cuestiones, en una investigación se dedican a desarrollar la importancia y algunas características que asume el trabajo con los bebés desde la perspectiva psicológica. Mencionan que el profesional puede trabajar con algunas técnicas de intervención que apunten a la *estimulación del recién nacido*, entendida como

una serie de actividades efectuadas directamente o indirectamente desde la más temprana edad, dirigidas a proveerle la mayor cantidad posible de oportunidades de interacción efectiva y adecuada con el medio ambiente humano y físico, con el fin de estimular su desarrollo general o en áreas específicas (Matarrita et al., 2018, p. 6-7).

En tales casos, los bebés que nacen fuera de término sufren, a nivel orgánico, una interrupción en su neurodesarrollo, por lo que estas prácticas de estimulación temprana se tornan fundamentales para ayudar al proceso de maduración y desarrollo. Numerosos estudios se dedican a estudiar las diversas consecuencias a nivel cognitivo, afectivo y emocional en niños que nacen pretérmino.

En términos generales, se hace alusión (Fava Viziello et al., 1992) a la importancia de que las acciones que se realicen sean lo más cuidadosas y progresivas posible, donde la modulación de la intervención estará en estrecha relación con la respuesta del bebé. Así, los autores plantean que la estimulación debe considerar algunas cuestiones, tales como el respeto por las señales de disponibilidad del internado, y la necesidad de individualizar el momento en el cual el niño está en condiciones de comenzar a dar ciertas respuestas sociales. Por último, mencionan que se requiere poder identificar señales de homeostasis fisiológica, que permita a su vez el progreso en la secuencia de la estimulación. Estas cuestiones son sumamente importantes para el trabajo de estimulación y desarrollo de funciones motoras, cognitivas y psíquicas del bebe, pero también para acrecentar los recursos de este para entrar en vinculación con la madre, y el desarrollo de la diada.

Por otro lado, estas cuestiones son esenciales de considerar respecto a la evolución del recién nacido, ya que el mismo mantiene mecanismos fisiológicos (tales como la adaptación ambiental a la UCIN, o el sueño) y mecanismos conductuales (el llanto o movimiento de la mirada, por ejemplo) que les permiten responder a las modificaciones del ambiente permanentes y constantes en una situación tal como la de cuidados intensivos (Matarrita et al., 2018; Nikodem, 2003). Al concebirse estos mecanismos como señales por parte del bebé, es importante que tanto los papás como el equipo médico pueda *detectarlas, decodificarlas y atender* las mismas, ya que estas permiten no sólo comenzar a advertir las necesidades del recién nacido, sino los pequeños indicios vitales y de nacimiento de una vinculación recíproca con él. Entonces, este espacio de escucha y diálogo que se puede ofrecer desde una intervención psicológica, permite que los padres elaboren y desarrollen ciertos sentidos y respuestas acerca de su hijo y los códigos establecidos en la UCIN; también crear un espacio para la comunicación y una relación durante la internación del bebé, lo que puede ayudar a afrontar favorablemente los momentos de dificultad vincular que los padres encuentren y, por último, en caso de que el bebé fallezca, permite acompañar a los padres a partir de ofrecerles la oportunidad de expresar sus sentimientos, facilitando la elaboración y atravesamiento de un duelo normal por el hijo muerto.

En este sentido, la búsqueda es acompañar a los familiares del bebé a la *resignificación de un pasado y la construcción de un presente y un futuro*, marcado por este acontecimiento de internación prematura. Además, el interés es que los papás puedan, progresivamente, comenzar a detectar señales, indicios de desmejorías o requerimientos de cuidados especiales por parte del bebé, para así estar atentos a riesgos potenciales y poder anticipar intervenciones lo más tempranas posibles, a fin de detectar o aminorar el impacto psico-biológico negativo en el desarrollo del niño. Es por lo que se concibe que los cuidados que se imparten en la UCIN no sustituyen, ni cumplen, las mismas funciones que los cuidados maternos (González, 1996).

Tal como se mencionó, en cuidados neonatales intensivos, la intervención psicológica apunta a ayunar a la mamá y recién nacido en este momento de crisis, vulnerabilidad y dificultades vinculares, orgánicas, motrices, afectivas, entre otras (Santos et al., 2011). Para ello, comenta la psicóloga encargada de Neonatología de la Clínica, a la hora de poder situar el proceso que viene realizando la mamá, sus afectaciones, problemáticas y dificultades al momento de vincularse con el recién nacido, una de las herramientas fundamentales con la que se cuenta y utiliza, a diario, son las *entrevistas*:

Teniendo en cuenta un encuadre flexible porque uno a veces tiene que realizar las entrevistas en la habitación donde está la mamá o en el ámbito donde está el bebé en la unidad o a veces en la cita en el consultorio, pero fundamentalmente se trabajan con entrevistas... y cuando se trabaja con familia o con los hermanitos se suelen incluir las técnicas que son los gráficos o las horas de juego (Entrevista Nro. 3, 2022).

Las entrevistas, en tanto instrumento para indagar aspectos que influyen en el proceso de desarrollo de la maternidad, en este contexto particular se denominan *entrevistas psicológicas perinatales* (también, conocidas como EPP). Son una modalidad de entrevista que se aplica a mamás internadas por causas de afección materna, donde el bebé no presenta ninguna complicación o, por el contrario, en casos donde la mamá se encuentra sana, o sin manifestación de una patología posparto, pero el bebé permanece internado por alguna patología neonatal o prematuridad. Así “la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), se transformó en un instrumento de diagnóstico psico-perinatal eficaz para el trabajo de psicólogos y neonatólogos en guardias hospitalarias” (Santos et al., 2011, p. 121).

Si bien a lo largo de la práctica se presenciaron muchas situaciones de aplicación de entrevistas, lo interesante a mencionar en este punto del desarrollo es la consideración de las entrevistas perinatales como una herramienta que permite *entrar en contacto* profesional con una persona que está en situación de extrema vulnerabilidad emocional, donde la urgencia prima y la necesidad de sentirse acompañada es primordial. Por otro lado, en diferentes momentos de encuentro entre los profesionales (en espacios como los ateneos clínicos o revistas de sala) las entrevistas realizadas servían de herramientas para poder contar con *cuestiones particulares en torno a los casos*, a los fines de discutir, conversar o dirimir qué estrategias implementar, a partir de la información que se obtenía mediante los diferentes aspectos que se pueden indagar con este tipo particular de entrevista.

Retomando esta cuestión, hasta el momento se ha mencionado la importancia de la escucha, la observación y el diálogo con los papás del bebé internado, mediante herramientas como, por ejemplo, las entrevistas psicológicas perinatales. En este sentido, González et al. (2007) se ocupan de ubicar de qué se trata el lugar del psicólogo en la UCIN. Y, ante esta cuestión, mencionan que su lugar implica poder *hacer lugar, justamente, a la palabra y su uso*. Es decir, “la palabra capaz de rescatar el cuerpo de ese niño, asistido, invadido y permitirle el acceso a lo subjetivo, a lo particular que singulariza y establece las bases de la filiación y por lo tanto de la identidad” (p. 156). Para ello, apuntan a que el profesional psicólogo intervenga desde *dispositivos breves de trabajo*, donde muchas veces se trata no solo de escuchar y alojar el decir de los familiares del bebé internado, sino la de enfermeros, médicos y profesionales a cargo del cuidado de la salud de este.

En torno a las intervenciones posibles, los autores mencionan algunas, situadas en dos ejes. Por un lado, lo que denominan como “el rescate de lo temporal” (González et al., 2007, p. 156) y, por otro, la valoración y confirmación del lugar de los padres. Respecto a lo primero, dirán que se trata de

la capacidad de descubrir y aceptar que aún dentro de un área teñida por la urgencia, “no todo es urgente”. No todo el tiempo. Es *posible* delimitar un tiempo y un espacio para la comunicación con los padres, que generalmente gira alrededor de la información, propiciando una posición de escucha acerca de las preguntas que ellos tengan, las que se repiten e insisten, en tanto no encuentran lugar para ser alojadas (González et al., 2007, p. 156).

Por otro lado, se confirma la necesidad de darle valor y entidad al lugar de los padres en la evolución y desarrollo favorable del estado de salud del bebé. Los autores hacen alusión a cómo, aproximadamente desde la década del '50, comienza a tener una importancia principal la adjudicación de un valor por la evidencia clínica de mejora que presentaba la presencia de los padres y su incidencia en el proceso de cura del recién nacido. Esto, se sostiene en la fuerte convicción de que *el vínculo incide en el proceso*, y de la concepción no ya de un niño hospitalizado en tanto cuerpo orgánico monitoreado, alejado y aislado de sus vinculaciones afectivas primordiales sino, por el contrario, como un ser que requiere de la compañía, cuidados y vínculos de apego con sus referentes afectivos (Kerikian, 2011, Valle-Trapero et al., 2012).

Una cuestión más, que requiere de cierta especificidad en su modo de abordaje, son las situaciones de muerte de un recién nacido, las cuales dan origen a una conmoción subjetiva en todo el equipo de la UCIN. Esto implica que el desajuste emocional y vital acaecido, requiera de intervenciones ajustadas, urgentes y contenedoras. Si bien la cuestión del duelo perinatal excede la temática general de la presente sistematización teórico-práctica, es importante considerar sus implicancias a la hora de intervenir. En estas situaciones, el profesional no solo participa sosteniendo y acompañando a la familia del bebé fallecido, sino también a aquel equipo que “que luchó por cada gramo o por cada logro, donde el límite de lo posible presenta su trazo más amargo, más frustrante” (González et al., 2007, p. 157). De esta manera, las intervenciones apuntarán a situar la importancia del *proceso de duelo y despedida*: los padres requieren de un espacio de conexión con el bebé sin monitores, donde sea posible el acceso de la familia. Esto es importante, para abrir espacio y hacer lugar a que el trabajo de duelo se pueda realizar, allí mismo, donde el bebé estuvo internado y, en la mayoría de los casos, el único lugar en el cual residió luego de haber nacido. En este sentido, Olivar et al. (2022) en un estudio, tratan la cuestión de cómo abordar el duelo en la UCIN, considerando los protocolos y lo que ellos mencionan como la *intuición*. Haciendo una revisión bibliográfica en torno al tema, coinciden en situar algunos tipos de prácticas que los profesionales ponen en marcha con la familia que se encuentra en situación de duelo en este espacio hospitalario particular.

Por un lado, respetando el tiempo y espacio necesario para que tenga su curso el proceso naturalmente necesario de conexión y tramitación de lo sucedido, mediante acciones como,

(...) respetar la autonomía de los padres dolientes, promover la expresión de sentimientos por parte de estos, utilización de humor apropiado, ceder tiempo para acompañar y escuchar al doliente, permitir al doliente algún tipo de recuerdo, facilitar la interacción con el bebé fallecido, ceremonia privada, llamadas de seguimiento y así como capacitación y educación a profesionales (p. 150).

Por último, si bien en la experiencia transitada han sido múltiples las situaciones de muerte y dolor familiar, uno de los momentos vivenciados ilustra el sinfín de emociones con las que, a diario, el equipo vive por lo excepcional de las situaciones que se viven allí. En tal caso,

(...) el Jueves cuando terminé la revista de sala me quedé con mi referente y estuvimos hablando sobre duelo perinatal, ya que una de las bebés que está internada no tiene mucha posibilidad de vida. Nació con veintiséis semanas y era un embarazo inviable, de todos modos, se intentó y lleva unas dos semanas en neo, pero ahora parece que le quedan unos cinco días de vida... si está viendo cómo darles esta noticia a los papás (Registro de práctica, semana del 06/06/2022 al 12/06/2022) (...) Me quedo charlando con mi referente sobre el duelo perinatal, y los partos inviiables y me cuenta el caso de otra nena que tiene ya tres años y que nació allí, que tiene un síndrome que es incompatible con la vida, y que los bebés que lo tienen nacen y mueren, pero esta nena ya tiene tres años. ¡Está muy enferma y en cualquier momento puede fallecer, pero logró vivir muchísimo! (Registro de práctica, semana del 13/06/2022 al 19/06/2022).

3. MODALIDAD DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DEL PSICÓLOGO CON OTROS PROFESIONALES DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Creemos que el cuidar del equipo de profesionales de una unidad pediátrica en la vertiente de la interdisciplinariedad nos aproxima a una práctica transformadora, que podrá propiciar un alargamiento del conocimiento del mundo y profundizar en la comprensión del papel de la ciencia de la salud en la vida de los niños. Es una práctica poco ejercida y un tanto desconocida (Villalobos Tapia, 2007, p. 1)

En reiteradas oportunidades, a lo largo del desarrollo de los primeros dos objetivos, se mencionó el papel fundamental que tiene la cuestión de la interdisciplinariedad en el equipo tratante. Así, la sistematización teórico-práctica emprendida en este TIF, culminará con la presentación de algunas coordenadas importantes, para pensar, de qué se trata este trabajo entre varios. En consonancia con ello, además, se plantearán algunas cuestiones que pueden oficiar de temas que den lugar a futuras investigaciones, relacionadas con temas tales como el duelo perinatal, la salud mental del propio equipo, entre otras.

Entonces, a continuación, se abordarán dos cuestiones. Por un lado, respecto al equipo que trabaja en la UCIN, se mencionarán algunas cuestiones relevantes en torno a su dinámica de funcionamiento, características y especificidades que adopta el trabajo con diferentes disciplinas. En relación con esto, se buscará poder precisar la *potencialidad* que ofrece el trabajo interdisciplinario, en el abordaje de las situaciones de cuidados intensivos neonatológicos. Es decir, se buscaría poder dar cuenta de lo esencial que se torna el *trabajo en equipo*, no sólo por la urgencia y situación límite de cada bebé que ingresa, sino por las múltiples aristas y dimensiones que se ponen en jaque, a la vez, en este espacio de trabajo.

Con ello se haría referencia, a partir del decir de los profesionales y de casos que se pudo observar en la práctica, cómo se conjuga lo médico, orgánico, psicológico, emocional, espiritual, pedagógico, psicomotriz, desarrollo evolutivo, así como las necesidades, lo cultural, lo patológico, entre otras.

En segundo lugar, se detallarán las implicancias y características del trabajo articulado con otros profesionales, y las dificultades que pueden surgir. Un aspecto interesante para subrayar es la importancia de que, entre los profesionales, se fomente la búsqueda de *articulación* entre ellos. Esto se torna esencial ya que, muchas veces, en el quehacer de las diferentes disciplinas, las intervenciones pueden superponerse, contraponerse, contradecirse, entre otras. Asimismo, se tratará de precisar, específicamente y en este contexto, cómo el psicólogo puede ir articulándose con las demás disciplinas en su quehacer.

Por último, el análisis se enfocará en un punto esencial del desarrollo del recorrido de la práctica y de la producción de esta sistematización propiamente dicha: lo que sucede “hacia dentro” del equipo, las necesidades y demandas de los profesionales que se encuentran trabajando en la UCIN. Por ser un ámbito donde están presentes en forma constante, la urgencia, el malestar, los desafíos, la continua relación con la vida y la muerte, esto hace que se vuelva un espacio propiciador, muchas veces, de la generación de emociones, angustias, desbordes emociones y desgaste psíquico en los profesionales. Para trabajar este punto, se analizará el clima de trabajo, los elementos estresores y propiciadores de ansiedad, angustia y malestar que se pueden dar en los profesionales de equipo. En resumidas cuentas, a continuación, se cita el decir la psicóloga encargada del área de Neonatología de la Clínica, y que forma parte del equipo interviniente de la UCIN:

Bueno, el trabajo interdisciplinario es fundamental ¿no?... no habría posibilidad de trabajar de otra manera. Hay que trabajar en equipo y con la interdisciplina, y pudiendo cada uno aportar su mirada y su saber para intervenir sobre la situación de internación. El bebé y su familia es lo que uno sostiene también, entonces es fundamental la interdisciplina. En la interdisciplina también muchas veces intervienen diferentes disciplinas, hasta incluso algunas como trabajo social, ya que, muchas veces, son situaciones en las que hay que llamarlos también porque de alguna manera también se ordena... bueno, cuestiones familiares, o cuestiones económicas... entonces también colaboran a la asistencia dentro de la terapia intensiva (Entrevista Nro. 3, 2022).

3.1. EL TRABAJO EN EQUIPO: LA POTENCIALIDAD DE LAS INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARIAS

(...) las unidades de cuidados neonatales son entornos donde se expresan relaciones entre seres humanos alrededor del cuidado del recién nacido y su familia. En este ambiente se combina el talento humano capacitado, la tecnología en salud y la integración con la familia, los cuales necesitan de un abordaje interdisciplinar (Montilla et al., 2021, p. 9).

Diversos autores sitúan sus esfuerzos de investigación en torno a las especificidades del trabajo en la UCIN. En tal sentido, la confluencia de diferentes saberes dentro de dicho espacio de acción es imprescindible, ya que el recién nacido requiere de una atención especializada, que varía según la afección que lo lleva a estar internado en esta área hospitalaria. Con el correr de los años, la perspectiva de asistencia neonatal y el modo de abordarla fue cambiando. Al respecto, Montilla et al. (2021) hacen alusión a los cambios que fue sufriendo el paradigma de atención neonatal: en un comienzo, por justamente tratarse de complicaciones orgánicas especializadas, el trabajo médico estaba centrado en partes específicas del cuerpo del bebé internado, donde el abordaje se producía de manera aislada y no cooperativa. Esto, mencionan los autores, “establece una especie de poder en su relación con el cuerpo enfermo y el equipo de trabajo. Lo que lleva a una fragmentación de los cuidados y del cuerpo del bebé” (p. 4). Y continúan diciendo que, entonces,

la interdisciplinaridad del recién nacido no emerge de forma espontánea poniendo en el mismo lugar a varios profesionales, sino que se debe construir y fomentar. Al tener diferentes profesionales al cuidado del recién nacido, la verticalidad de la disciplina se va horizontalizando y distribuyendo entre todos y tiene como meta común el bienestar del recién nacido y su familia (p. 4).

De esta manera, para dar lugar y sostener un trabajo interdisciplinario, es necesario considerar las *diferentes tareas* que pueden realizar *diversos profesionales*, definidas cada una de ellas en función de las necesidades de salud del bebé internado, la familia y no, por el contrario, de los intereses dogmáticos de cada disciplina en cuestión (o de cada profesional individualmente). Esto requiere que cada profesional pueda poner a un costado su ego individual, y poner su quehacer al servicio de la salud y el bienestar tanto del recién nacido, como de su familia. Haciendo alusión a las dificultades que implica la tarea interdisciplinaria, la profesional dedicada a la psicomotricidad comenta que

(...) se logra de esta manera porque se empezó a trabajar hace muchos años de manera interdisciplinaria... no es fácil, no es fácil lograr que todo un equipo responda o entienda lo que es la interdisciplina. Esa creo que es una de las cosas más difíciles de poder lograr. En este caso llevo muchísimos años, hoy en día si se trabaja en interdisciplina, hoy en día está aceitado el trabajo interdisciplinario con las diferentes áreas y disciplinas. Y lo describo de una manera especial, que está bueno, que logra que todo funcione, que cada uno desde su lugar pueda acompañar a las familias y sin interponerse en el trabajo del otro, sino acompañando sobre todos los diagnósticos la situación de internación, el trabajo de los médicos, del trabajo de enfermería, las distintas situaciones que se van planteando... y es como un engranaje que en donde cada uno tiene su función, cada uno sabe la función que tiene el otro. Y cuando es necesario, sobre todo lograr consenso y aunar conceptos y formas para que a la familia le llegue el mensaje lo más claro posible. Entonces, creo que la interdisciplina acá funciona de manera adecuada, es difícil, cuesta, pero creo que trabajamos en interdisciplina (Entrevista Nro. 2, 2023).

Sobre la búsqueda de trabajar interdisciplinariamente, el *principal objetivo* se relaciona con poder comprender los fenómenos que suceden desde una concepción que aborde la realidad desde sus complejidades, superando así una visión reduccionista de la situación del bebé internado, su familia y el quehacer profesional. Es decir, “lo que nos lleva a la interdisciplinaridad es, fundamentalmente, una actitud de curiosidad, de cuestionamiento, de saber, de duda, de aventura, de desafíos, diálogos, involucramiento, compromiso, de responsabilidad frente al conocimiento” (Villalobos Tapia, 2007, p. 1). Además, lo que caracteriza a la actitud interdisciplinaria es la búsqueda del ejercicio del pensar, de la dificultad, la construcción y el pasaje de la subjetividad a la inter-subjetividad.

Para especificar con mayor claridad este punto, Montilla et al (2021), en una investigación, plantean una interesante distinción entre la *transdisciplina*, la interdisciplina y la multidisciplina. Así, dirán que la primera

apunta a un esfuerzo indagatorio para comprender mejor un objeto complejo dentro de un todo organizado que debe articularse para conformar un conocimiento que trasciende todas las disciplinas originalmente involucradas. En esta construcción, los límites de las disciplinas no existen, se trascienden. Este sería el nivel máximo, por supuesto, implica una transformación en la forma de pensar y actuar, para este caso en el trabajo neonatal (Villalobos Tapia, 2007, p. 4).

Por el contrario, la *interdisciplina* implica un esfuerzo, también, pero fusionado entre varias disciplinas, lo cual se distingue de la *multidisciplina*, ya que implica una cierta correspondencia de los conocimientos que puede aportar cada disciplina. Además, otra distinción se vincula con la necesidad, en *lo inter*, de delimitación de un objeto de estudio en común, lo cual en *lo multi* se caracteriza, justamente, por uno específico que define cada uno de los saberes en juego. De esta manera, la interdisciplinariedad es considerada como un trabajo en común “donde se considera la interacción de las disciplinas científicas y de sus conceptos, directrices, metodologías y procedimientos, presentándose mucho más como una actitud frente al conocimiento” (Villalobos Tapia, 2007, p. 2). La principal búsqueda radica en *evitar la supremacía* de una ciencia en detrimento de otra, por lo cual se intenta no anular determinado campo de saber en particular, sino la coexistencia de la diversidad de posicionamientos y perspectivas. Dicho de otra manera, “debe ser entendida como la integración interna y conceptual que rompe la estructura de cada disciplina para construir una axiomática nueva y común a todas ellas, con el fin de dar una lección unitaria de un sector del saber” (Villalobos Tapia, 2007, p. 2). En la entrevista realizada a la psicóloga del equipo que trabaja en la UCIN de la Clínica, una de ellas comenta al respecto que

(...) trabajar interdisciplinariamente nos brinda una mirada mucho más amplia de cada caso y esto permite un mejor abordaje. No considero que tenga aspectos negativos, pero si creo que depende mucho de los profesionales, de que estén o no dispuestos a trabajar en equipo, que respeten y tomen los aportes de las otras disciplinas (Entrevista Nro. 1, 2022).

Para que esto sea posible, Villalobos Tapia (2007) considera fundamental, por parte de los profesionales, una disposición a “una actitud de apertura, de voluntad, de reciprocidad frente al conocimiento, de modo que el profesional tiene conciencia de su papel en el equipo, asume los intereses colectivos y establece metas y objetivos comunes” (p. 4). En este sentido, en el ámbito de los cuidados intensivos neonatales, pensar el quehacer profesional en términos interdisciplinarios aporta la posibilidad de *atender a las múltiples variables* que se ponen en juego, respecto a la vida del recién nacido internado y de su familia. Así, algunos autores han centrado sus intereses en torno a cómo la *perspectiva de la salud mental* se considera, aborda y adquiere un espacio de acción e intervención dentro de la UCIN. Al respecto, Bueno et al. (2017) dirán que

la Salud Mental Perinatal (SMP) está aún lejos de tener una presencia sólida en las estructuras asistenciales y formativas de Salud Mental; sin embargo, también ha habido progresos que muestran el esfuerzo de muchos/as profesionales en este ámbito por hacer visible una realidad que sufren las madres y sus hijos (p. 88).

Así, los autores estiman que, para que se pueda considerar la dimensión psicológica, se requiere lo que mencionan como un *trabajo en red*, donde sea posible la coordinación y puesta en común de objetivos para una mejoría en la atención de la salud mental perinatal. Por otro lado, esto permite que se revisen los criterios y modos a partir de los cuales se está llevando adelante la atención, identificación de necesidades y recursos necesarios en el tema. Entonces, a partir de los lineamientos interdisciplinarios “estas redes deben seguir unos principios para su establecimiento: generar sinergias, una buena cooperación, más oportunidades de mejora, motivación, diversidad y tener presente la importancia de los profesionales” (p. 89). Respecto al espacio que adquiere la atención de la dimensión mental en la UCIN de la Clínica, una de las profesionales psicóloga comenta que “(...) *las profesionales de salud mental somos consideradas parte del servicio, así intervengamos en otros (...) y la mayoría de los médicos y enfermeras están abiertos y atentos a las devoluciones y sugerencias que podamos dar*” (Entrevista Nro. 1, 2022).

En el trabajo asistencial neonatal, los *avances* relacionados con los modos de llevar adelante estas tareas trajeron aparejadas consecuencias positivas: mayor supervivencia de los recién nacidos, muchas veces seguida de mejores índices de morbilidad posterior. En este sentido, la importancia de estas cuestiones radica en cómo los cuidados, cada vez más especializados, tienen una incidencia directa en el desarrollo del sistema nervioso central y, con ello, en diversas aristas de la maduración motora, psíquica y sensorial del bebé. Entonces, tal como plantea Figueras Aloy (2004), la realización de un seguimiento “neuropsicológico y somatométrico tiene por objeto establecer el diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento más adecuado de las diversas secuelas que pueden presentar los recién nacidos enfermos. También, es útil como control de calidad de la atención obstétrica y perinatal” (p. 182). Para ello, proponen la actividad profesional coordinada bajo un *equipo de seguimiento*, dirigido por un neonatólogo o neurólogo pediatra y conformado por un conjunto de profesionales especializados en diferentes aspectos de la salud neonatal: neurofisiología, rehabilitación, enfermería, psicología, oftalmología, psicomotricidad, entre otras.

Retomando la cuestión de la *presencia del criterio psicológico* en los cuidados intensivos neonatales, es importante no sólo contar con profesionales que se dediquen al trabajo con la arista psi, sino que el resto de los profesionales del equipo puedan *contemplar y considerar* los criterios, intervenciones y razones clínicas que se pongan en juego por parte de los profesionales. En este sentido, a lo largo de la práctica realizada, tanto en los espacios de Ateneo como Revistas de sala, las discusiones y debates sobre casos clínicos ha sido de suma importancia y con una frecuencia diaria. Se ha podido observar cómo los diferentes profesionales no sólo respetan el criterio de las psicólogas del equipo, sino que *acuden activamente* en busca de su participación, ya sea en decisiones clínicas en algún caso, o *solicitan criterios o acompañamiento* a la hora de comunicar decisiones médicas importantes a los papás del bebé. Esto ha sido posible con el correr de los años y la insistencia, por parte de los mismos profesionales, de contar con un apoyo profesional para abordar las cuestiones emocionales, psíquicas y anímicas que, a diario, forman parte del espacio de trabajo intensivo.

Con más detalles alusivos al funcionamiento del equipo de la UCIN de la Clínica, en las entrevistas hechas, la profesional psicomotricista comenta que las intervenciones de las psicólogas empezaron a tener relevancia, una vez que el resto de los profesionales

comenzaron a entender el por qué las intervenciones. Y ahora, ellos mismos demandan la intervención del equipo de salud mental, pudiendo decodificar las diferentes situaciones de otra manera y no que quede referido al cuerpo orgánico, sino que también hay otro cuerpo que aparece. Hay otro vínculo que aparece y que hay que saber leer, que acompaña a toda la cuestión orgánica, sin entorpecer de nuestro lado el trabajo médico. Y, después, con respecto a enfermería, también creo que de la misma manera son... somos profesiones que vamos un poco más allá, entonces a veces es difícil que se entienda el porqué de algunas sugerencias o intervenciones hasta que se conoce cómo se trabaja, y uno puede acompañar también el equipo de enfermería, que está 24 horas con los padres, madres y los pacientes y donde también surgen dudas, surgen complicaciones o surgen en diferentes situaciones donde por ahí no tienen las herramientas para poder resolver y es donde es importante trabajar en interdisciplina (Entrevista Nro. 2, 2023)

Para que esto sea metodológicamente viable en un espacio de disciplinas heterogéneas conviviendo para abordar la salud de los bebés internados, una cuestión importante en la UCIN es lo que se denomina *interconsulta*. Es decir, la posibilidad de que haya una *convergencia* de algunas cuestiones esenciales propias de dos campos de saberes *heterogéneos*: lo *médico* y *psicológico* sobre, respectivamente, sus criterios de salud, lenguajes técnicos, intervenciones posibles, objetos de tratamiento, encuadres de trabajo, entre otros. La finalidad de la interconsulta, según Ferrari et al. (1971) es poder proporcionar una *asistencia integral*, es decir el cuidado personalizado e individualizado del estado de salud de un paciente, para lo cual se requiere poder discriminar adecuadamente sus necesidades y dar respuestas a las mismas. En este sentido, la interconsulta médico-psicológica, además de considerar las cuestiones de índole médica y también psicológica, considerará en su ejercicio aquellos requerimientos y necesidades institucionales, a los fines de adecuar las intervenciones y los objetivos de trabajo en función de las herramientas y espacios disponibles.

Por último, otra cuestión interesante de mencionar en el trabajo interdisciplinario en la UCIN está vinculado con la *relación entre el equipo y la familia* del recién nacido internado. En este sentido, si bien algunas aristas de la vinculación se han desglosado en los objetivos previos, en este punto es importante abordar una cuestión particular, a saber: cómo *adecuar el estilo y los modos comunicacionales*, respecto a toma de decisiones o debates en torno a una intervención, dentro del equipo (entre los distintos profesionales), y del equipo con los papás del bebé. Los estilos para comunicar noticias, generalmente, no se ponen en jaque cuando los médicos deben informar evoluciones, mejorías o dada de alta del bebé. Pero si sucede, con mucha frecuencia, cuando las noticias son desfavorables o trágicas. Al respecto, son varios estudios los que se pueden mencionar sobre el tema, ya que es una preocupación que, con frecuencia, se aborda por la comunidad profesional y científica. Haciendo alusión a algunos de ellos, Tarragó Riverola (2018) menciona que, frente a la desesperación en la que se encuentran sumergidos los papás del recién nacido, es importante que los miembros del equipo puedan mantenerse *neutrales* ante los sentimientos de aquellos, pero a la vez mostrarse *activos* para oficiar de apoyo y presencia que contenedora. Además, plantea que “es preciso aceptar que, a veces, sólo somos los receptores de las cóleras y de las lágrimas y las dificultades que comporta dicha situación tan generadora de ansiedad en el trabajo cotidiano” (p. 234). La psicomotricista que forma parte del equipo de la UCIN, comenta en la entrevista realizada que,

(...) cuando uno trabaja desde la salud mental o desde equipos de salud mental a veces hay que ser cuidadoso, sobre todo en cómo se comunique uno a los padres, con respecto a la intervención que se va a hacer, ya que puede llevar a la aceptación o la negación de la intervención. Particularmente en nuestra Neo, la forma de comunicar las intervenciones es un aspecto que tomamos todo el equipo como una intervención más, como un cuidado más que recibe la familia en Neonatología (Entrevista Nro. 2, 2023).

Es por lo que, a la hora de afrontar situaciones de comunicación o el propio acto de informar a la familia algún aspecto relacionado con el estado, la salud o el tratamiento del bebé, es importante considerar que aquel estará atravesado por el *estilo personal* de cada profesional. Ahora, si bien dicho estilo es inherente a la dimensión humana del profesional, el mismo debe contemplar algunas cuestiones que hacen que ese estilo tome formas más precisas o acordes a la situación en cuestión.

Respecto a dichas cuestiones, algunas relevantes tienen que ver con *la información* que se suministra, la *forma, cantidad y profundidad* que se comenta. La misma tiene que ser comentada a los padres del bebé, también, según sus propios recursos, dinámicas psíquicas y tiempos de elaboración de la información, donde se requiere contemplar el padecimiento que están atravesando y el momento más propicio para impartir dicha información. Por lo que se describe, se puede inferir que no hay técnicas y estrategias establecidas previamente para adecuar un proceso comunicacional entre médicos y padres, pero sí *criterios a pensar, evaluar y privilegiar* a la hora de tener que acercarse un médico a los padres para comentar el estado de su hijo recién nacido. Así,

el proceso de informar debería darse, si las circunstancias lo permiten, con suficiente anticipación para que exista un tiempo previo de reflexión. Es decir cada paciente debe poder evaluar los riesgos y beneficios, sus recursos emocionales para afrontar el cambio, el momento para él y para su familia. Poder pensar, elegir y decidir (Mosso, 2016, p. 61).

Retomando los aspectos mencionados sobre la capacidad del profesional para transmitir una situación o diagnóstico del bebé internado, en este punto, en algunos estudios se hace alusión a que ello depende de la capacidad del profesional mismo de *sentirse afectado* por la situación y el dolor que puede llegar a implicar. Si bien es importante, para producir cierta cercanía con la familia, que el profesional se identifique con los papás afectados, es esencial que ello sea en forma *temporal y parcial*, a los fines de que no se pierda el criterio y la capacidad del profesional para analizar la situación. Es por ello que es fundamental que el profesional pueda diferenciarse, por más que a nivel personal y emocional la situación, por supuesto, lo afecte.

Si es posible para el profesional tener estos sentimientos sin quedarse inmerso en ellos, tendrá lugar una situación de empatía que favorecerá la sensibilidad necesaria para percibir el tipo de sentimientos y sensaciones que conmueven a los padres, podrá respetarlos y utilizar dichos sentimientos para dinamizar la situación de impasse que se produce (Tarragó Riverola, 2018, p. 234).

Por último, Figueras Aloy (2014) comenta que los profesionales que están realizando el seguimiento del recién nacido, tienen que poder no sólo atender al estilo y los modos de comunicar la información a los padres, sino que esta tiene que ser *generosa y detallada*.

Refiere que no se trata de “quitarle importancia al riesgo, pues entonces no tendría razón el seguimiento, sino de no crear temores innecesarios y mucho menos exagerados, con el fin, a veces subconsciente, de asegurar la continuidad de los controles” (p. 183). En este sentido, menciona que

en aquellos casos en que el daño perinatal o la prematuridad obliga a un ingreso en la Unidad de Patología Neonatal, inclusive con grave riesgo vital, los padres suelen ver en el seguimiento un acto tranquilizador, ya que son conscientes de las posibles consecuencias nocivas para el futuro motor o intelectual de su hijo (p. 183).

Para dar continuidad con el último apartado del presente objetivo de análisis, luego de la experiencia transitada, se considera de suma importancia dedicarle un espacio de análisis y reflexión a algunas cuestiones atinentes a las *necesidades y dificultades* con las que, a diario, se encuentran los profesionales que forman parte del equipo. *Problemas de límites* a la hora de acordar interdisciplinariamente, *situaciones de desborde* personal y emocional, dificultades a la hora de llevar adelante un proceso de comunicación efectivo o de soporte con la familia del bebe, *incompatibilidades* en los criterios de intervención urgentes, entre otros, son algunas cuestiones emergentes en la labor a diario en la UCIN, que merecen su espacio para ser pensadas. Esto, con el fin de poder plantear una situación de inquietudes, necesidades y problemáticas que, cuanto más precisadas y situadas estén, mayores chances habrán de crear soluciones, dispositivos o herramientas profesionales para afrontarlas.

3.2. HACIA DENTRO DEL EQUIPO: DIFICULTADES Y NECESIDADES EN JUEGO

Falleció la beba chiquita que había nacido con solo 25 semanas de gestación. Entre los médicos el ambiente está muy tenso porque dos doctoras que tenían puntos de vista diferentes sobre si intentar o no con este bebé. La Dra. C. dice que lo que había que hacer era que la bebita naciera, ponerla sobre su mamá y que falleciera ese mismo día. La Dra. F. le dice que lo tenían que intentar, que con ese criterio entonces dejarían morir a todos los bebés que están muy prematuros. La Dra. F empieza a llorar, el ambiente es muy tenso. El Dr. G., que es el jefe de piso, las calma y les explica que allí se hace todo lo que se puede y que ellos están entre la vida y la muerte todos los días. Dice que en este equipo nadie tiene malas intenciones (...) (Registro de práctica, semana del 27/06/2022 al 03/07/2022).

Tal como se cita en el extracto del registro de la práctica previamente mencionado, las situaciones de tensión y malestar entre los profesionales son frecuentes, justamente, por la complejidad de las situaciones a tratar. La interdisciplina es un criterio disciplinar que permite poder consensuar, buscar la posibilidad de aunar criterios o establecer los límites y alcances de cada una de las prácticas y saberes que, en conjunto, intervienen en la situación de internación de un recién nacido. Ahora bien, las situaciones de desencuentro, discusión y malestar son inherentes. Es por lo que, más allá de criterios normativos o morales en torno a lo que cada uno, a nivel personal, considera “bien” o “mal”, en un espacio de trabajo tal como los cuidados intensivos neonatales se torna esencial que las intervenciones y la toma de posición profesionales estén sostenidas, estrictamente, en razones clínicas, médicas y fundamentadas en un *saber científico que de sostén al quehacer individual*. Aun así, en muchas ocasiones y, de igual manera, el *malestar o los desencuentros entre los profesionales* se produce.

Por otro lado, son múltiples las situaciones donde los mismos profesionales se ven desbordados emocionalmente, ya sea por las cualidades de las jornadas de trabajo (cantidad de horas trabajadas, horarios rotativos, constante situación de alarma y urgencia, masividad de demandas de los familiares de los bebés, situaciones de urgencia psicológica de los papás, entre otras). También, muchas veces, se ven afectados emocionalmente por el desenlace del estado de un bebé internado.

De esta manera, el trabajo profesional en la UCIN requiere, en forma constante y a diario, de un ejercicio de *toma de conciencia de las necesidades y dificultades* con las que se encuentran, en forma individual y también grupal, en tanto equipo articulado de trabajo, ya que, al ser un ámbito de trabajo con la urgencia, la vida y la muerte, muchas decisiones deben tomarse con *prisa y sin tiempo disponible* para realizar procesos o discusiones que llevan tiempo: es que la vida apremia y urge por ser atendida. En las entrevistas realizadas a las profesionales del equipo, una de las preguntas que se les realizó estuvo vinculada a qué tipo de aspectos positivos y negativos ellas encuentran en su quehacer. En este subapartado, se tomarán como eje de análisis varios extractos de lo comentado al respecto, dado que son elementos claves a considerar para precisar de qué se tratan, en concreto, las necesidades y dificultades con las que se encuentran en el trabajo asistencial neonatal junto a otros profesionales de la salud:

En cuanto a las dificultades creo que también dependen de cada caso, a veces tienen que ver con límites profesionales y otras con resistencias, estructuras psíquicas complejas de los sujetos con los que intervenimos, y a veces dificultades que están ligadas al trabajo con otros. Pero ante eso siempre el análisis personal, la supervisión y el trabajo entre varios que es también el de la interdisciplina puede ayudar (Entrevista Nro. 1, 2022).

En lo que respecta al trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos, estos son espacios de servicio de *alta complejidad*, cuyo principal objetivo es el cuidado integral de los pacientes que, por diversos motivos, se encuentran en condiciones críticas de salud. Por la especificidad de las situaciones que se tratan, se requiere de profesionales especializados en el cuidado de las diversas aristas que se ponen en juego en situaciones críticas y de riesgo de vida. Por otra parte, también tienen que contar con experiencia en el manejo de aparatología tecnológica de alta complejidad.

Por estas razones, es que “las UCI están consideradas como uno de los entornos más agresivos, estresantes y complejos dentro de la asistencia sanitaria especializada” (Calvo, 2018, p. 6). De esta manera, los *factores estresantes, angustiantes, ansiógenos* que se dan en esta clase de servicios de salud, no sólo afectan a los pacientes y sus familiares, sino también a los miembros del equipo de profesionales.

Retomando un concepto trabajado con anterioridad, el de interdisciplina, en este momento de la sistematización teórica-práctica, se hará alusión a ciertas dificultades que, entonces, pueden surgir en los equipos profesionales a la hora de aunar las prácticas en relación con el bienestar del paciente. En este sentido, Villalobos Tapia (2007) comenta que debe estar fundamentada en algunos aspectos específicos, tales como la *intersubjetividad*, una posición respecto al saber de *co-propiedad*, así como la iniciativa de los profesionales por la *interacción* entre ellos, con una constante *búsqueda de diálogo* que permita arribar a *consensos y criterios homogéneos* de tratamiento de la salud de un paciente, por más que *los saberes sean heterogéneos*.

Los aspectos positivos tienen que ver con poder trabajar en equipo, poder aunar conceptos, poder acordar sobre diferentes intervenciones, escuchar al otro. Emmm... trabajar sobre la posibilidad de escuchar al otro y poder tomar lo que el otro tiene para decir que el paciente sea el que recibe un mensaje, lo más ordenado posible con coherencia. (...) Me parece que lo negativo no sé si negativo, pero bueno, lo que cuesta un poco más es que el equipo de Neo escuche a los profesionales, sobre todo quienes no pertenecen a neonatología o, pasan poco tiempo. Que entiendan el por qué de algunas intervenciones o de algunas sugerencias y puedan aunar criterios y acuerdos, eso es muy difícil. Creo que la no posibilidad de escucha, no hablar o comunicarse, a veces, hace que sea muy difícil lograr la interdisciplina y podría llegar hasta los aspectos negativos (Entrevista Nro. 2, 2023).

De esta manera, se puede situar en este espacio de acción profesional, la dificultad de no discutir el problema con *suficiente profundidad* epistémica, clínica y práctica, ya que puede suceder que, ante un problema con la salud de un bebe recién nacido, “se quedan dando vueltas apenas en torno a los cuestionamientos superficiales de cambios de contenidos, dejando las prácticas vacías e inútiles” (Villalobos Tapia, 2007, p. 4).

Ahora bien, en espacios como las Revistas de sala, cuando se produce el encuentro de varios profesionales para discutir y actualizar el estado y el devenir del tratamiento de un paciente, puede suceder otra dificultad, ya no relacionada con la no escucha o disparidad en los criterios, sino, por el contrario, “*se entrecruzan algunas intervenciones, que son parecidas. Psicología con psicomotricidad o psicomotricidad con fono (...)*” y, sigue comentando la psicóloga encargada del área de Neonatología, al respecto, que se puede llegar a superponer la atención de “*la psicomotricista con la asesora en lactancia que ya vio a la mamá (...) estas cosas que hay que trabajarlas para que no sea un trabajo que se superponga trabajo del otro*” (Entrevista Nro. 3, 2022).

De esta manera, es esencial considerar estas dificultades dado que, la salud mental, es un factor esencial en este ámbito de acción. Por las cualidades del trabajo en equipo que se requiere llevar adelante, el trabajo asistencial neonatal implica un despliegue de actividades para las cuales los profesionales, “necesitan un control mental y emocional de mayor rigor para poder desarrollarse sin tensiones que interfieran en los cuidados específicos” (Calvo, 2018, p. 7). Varios estudios comentan los *factores estresantes* generales, frente a los cuales todos los profesionales de la UCIN se ven expuestos, en especial aquellos que se encargan de los cuidados y monitoreos por largas cantidad de horas, como es el caso de enfermería.

Los factores que producen estrés laboral podrían entenderse como factores generales que afectan a cualquier profesional, aunque en distinta medida dependiendo del grado que presente de formación, autonomía y personalidad, pudiendo a su vez dividirse en factores intrínsecos y extrínsecos (Calvo, 2018, p. 7).

Respecto a los *intrínsecos*, el autor sitúa allí a todas las cuestiones de índole personal, es decir inherentes al mismo individuo y a su relación con la actividad sanitaria que desempeña. Por otro lado, los factores extrínsecos se relacionan con las condiciones socioambientales, es decir: “el conjunto de circunstancias que caracterizan el contexto laboral, organizativo, social e institucional” (Calvo, 2018, p. 7).

Pero, además de los factores estresantes, autores como Tarragó Rivarola (2018) en sus escritos, se han enfocado en los factores que producen altos montos de *ansiedad* en los profesionales, los cuales son producto del sinfín de cuestiones que estos tienen que atender, al mismo momento, en un ámbito de cuidados intensivos.

Por otro lado, un factor muy ansiógeno para el equipo es la manera en la cual los familiares del bebé internado *reaccionan y sobrellevan* el proceso de internación de su hijo. En muchas ocasiones, los profesionales se encuentran en *situación de alerta constante* dadas las reacciones y desbordes emocionales que los papás sufren, al enterarse de alguna novedad respecto al estado del recién nacido o, por ejemplo, de las propias maneras de transitar la situación del bebé y el postparto, en el caso de la mamá.

De esta manera, es importante ubicar que el equipo que lleva adelante el tratamiento y los cuidados neonatales pueda ser capaz de entrar en contacto con sus propias emociones, niveles de estrés, cansancio y situaciones que le disparan altos montos de ansiedad, así como poder enfrentar y afrontar sus propias angustias, temores y debilidades emocionales.

La situación de internación neonatal *moviliza subjetivamente a todos* los implicados. Aunque, el equipo médico además de ser humanos que se encuentran indefectiblemente afectados por lo que allí sucede, en la UCIN, deben poder asegurar una *calidad óptima* de los cuidados que imparten, mediante intervenciones sostenidas en un saber profesional, con una disposición emocional y anímica acorde al clima subjetivo del espacio. Si bien es esencial la empatía, la implicación y la capacidad del médico de poder acercarse subjetivamente a la situación particular de cada familia que transita la internación de su bebé, su labor requiere poder, a la vez, distanciarse de ello para ofrecerles al bebé internado y su familia, la mejor calidad posible de atención y tratamiento médico (Molina Peralta, 1989; Mosso, 2016).

Por último, a los fines de abordar aquellos factores estresantes y ansiógenos, Calvo (2018) considera esencial considerar algunos elementos vinculados con las *relaciones interpersonales* y factores psicosociales propios de este contexto de trabajo hospitalario. Respecto a los primeros, considera de suma importancia dos cuestiones, a saber: el apoyo social y el trabajo en equipo. Detalladamente, el *apoyo social* hace referencia a la construcción de relaciones sociales personales y en el lugar de trabajo. Por otro lado, en la UCIN también es esencial el *trabajo en equipo*, como se mencionó previamente. Para que las actividades asistenciales y de cuidado neonatal se puedan desarrollar en las mejores condiciones, es imprescindible un *clima laboral* donde las relaciones entre los profesionales sean cordiales y adecuadas.

En el estudio, apoyándose en otra investigación realizada en Gran Bretaña, el autor menciona que “bajos niveles de apoyo pueden unirse a manifestaciones nocivas y efectos sobre la salud de los trabajadores” (p. 11), así como “la falta de apoyo en el lugar de trabajo hace a los trabajadores más propensos a sufrir estrés, y agotamiento físico y emocional” (p. 11). Por otro lado, en lo que respecta al apoyo social, el autor también enfatiza la importancia de que el equipo pueda contar con el apoyo familiar, tanto en el desarrollo de su propia profesión, como del sistema familiar del paciente cuyos cuidados están bajo su cargo.

Haciendo alusión a los *factores psicosociales*, tal como se mencionó, estos se relacionan con las condiciones presentes en el contexto laboral, relacionadas en su mayoría con diversos aspectos de la organización, el contenido del trabajo y la relación de la tarea a llevar adelante, “y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar del trabajador como al desarrollo del trabajo” (Calvo, 2018, p. 12). Además, se menciona otra cuestión que se relaciona con la organización y la dinámica de la labor en cuidados intensivos, es decir: los turnos de trabajo y descanso:

Las UCIN requieren de la presencia y trabajo del personal sanitario durante 24 horas, lo cual supone para los empleados el tener que adaptarse a un horario laboral fuera de las horas normales del día. Dentro de las UCIN podemos encontrar turnos fijos de mañana, tarde y noche. No obstante, el modelo de turnos fijos se ha comenzado a sustituir por un turno rotatorio, también denominado antiestrés, que consiste en la combinación de los turnos de mañana, tarde y noche. Otro tipo de turno que podemos encontrar en las UCIN son los de 12 horas (Calvo, 2018, p. 13).

Para concluir con el desglose de algunos elementos que hacen a las dificultades y necesidades, se puede mencionar una última cuestión que, lejos de ser determinante y conclusiva, permite pensar en nuevos interrogantes y, quizás, oficial de punto de partida para próximas investigaciones y líneas de acción concretas dentro de este espacio hospitalario.

A lo largo de la práctica transitada, la participación en los espacios de Revistas de sala y Ateneos clínicos, así como con las múltiples conversaciones con la referente de la práctica que se estaba desarrollando, se pudo localizar una inminente necesidad que, cada vez, cobra mayor espacio en la UCIN:

el servicio de salud mental dentro de la Neo me parece que es un tanto escaso para los médicos... creo que ellos necesitan atención psicológica, no solo personal, sino también grupal. Son equipos muy grandes de gente, muchas veces con criterios distintos, debe ser muy complejo... (Registro de práctica, semana del 04/07/2022 al 10/07/2022).

A continuación, se cita otro pasaje del registro de práctica, en el cual se puede ver reflejada esta cuestión:

Una médica se me acerca y me dice: “más que a los papás los psicólogos tienen que ayudarnos a nosotros los médicos”. Así terminó la reunión... no sé qué pasará el martes cuando vuelva, como seguirán las cosas. Cuando terminamos la Revista de sala de este Jueves, me quedé con mi referente de práctica charlando y le pregunté: ¿los médicos tienen contención psicológica? A lo que me responde “poca, casi nada, y encima no está bien visto”. Me comenta que si ellos quieren acudir al psicólogo deben hacerlo de forma particular y por fuera de la Clínica. Pienso que es muy importante, sino necesario, que los médicos acudan una vez a la semana a terapia. Es muy fuerte todo lo que viven, debería ser como parte de su trabajo, para cuidar su salud mental (...) (Registro de práctica, semana del 27/06/2022 al 03/07/2022).

De esta manera, inquieta cada vez más la necesidad de pensar y diagramar un plan de acción relacionado con el estado y la salud mental de los propios profesionales que trabajan a diario en el ámbito hospitalario. En el caso de la UCIN de la Clínica Reina Fabiola, es una dimensión posible de trabajo desde el ámbito psicológico que está siendo contemplado por las profesionales del equipo, es decir el requerimiento profesional de contar con un espacio de escucha individual, y de actividades grupales relacionadas a diferentes aspectos vinculares y emocionales suscitados a partir de las diferentes situaciones que, como equipo, atraviesan. En las entrevistas realizadas y los diferentes intercambios con los referentes de la práctica, se pudo observar la intención, búsqueda y creencia en dar cauce a este tipo de intervenciones dedicadas a los miembros del equipo. Aún falta mucho por recorrer, visibilizar y dar prioridad en materia de atención de la salud mental, pero, un paso fundamental es poder situar la necesidad y los recursos institucionales para afrontarla.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar, en el presente apartado buscaré detallar algunos aspectos conclusivos en torno al proceso vivido, la producción realizada y los saldos de experiencia que se pueden considerar a partir de este Trabajo Integrador conforme al trayecto final de la Licenciatura en Psicología.

Primeramente, la articulación teórica-práctica giró en torno a analizar *el rol que asume el psicólogo* dentro de un espacio de inserción profesional en una *Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Esta temática, que atravesó el proceso de realización de todo el TIF, fue definida luego de cierto tiempo de las prácticas realizadas en la UCIN de la Clínica polivalente Reina Fabiola. En este punto, una cuestión importante a mencionar es que, en mi caso, fui la primera practicante de Psicología que tuvo la oportunidad de transitar la experiencia de participar como observadora no participante en dicho lugar. Esto implicó que mi presencia fuera una novedad para el propio equipo lo cual, a lo largo de la práctica, tuvo sus particularidades tanto positivas, de aprendizaje, como de ciertas dificultades dadas por la novedad para los profesionales que implicaba mi presencia y muchas veces, el desconocimiento respecto a qué podía hacer allí, para qué estaba, y demás.

En términos de selección y precisión de la temática a abordar, el contacto con diferentes cuestiones relacionadas con el nacimiento, la prematurez, urgencia y los cuidados intensivos implicó que, al comienzo, fuera difícil poder seleccionar un tema a tratar. Es que, a diario, me encontraba en contacto con aspectos muy variados y de sumo interés como, por ejemplo, el duelo perinatal, el estrés por parto, la vinculación parental con el bebé, el desarrollo neuronal y psíquico neonatal, entre otras. Así, luego de cierto tiempo de presenciar la dinámica de trabajo en la UCIN y, a partir del trabajo en conjunto con mi Referente de práctica, decidimos particularizar la temática en torno al *rol del profesional* en este espacio de acción. Esta selección estuvo motivada, en primer lugar, por el interés teórico y clínico en las especificidades del quehacer del psicólogo en un hospital general. Pero, también, quisimos que mi presencia temporal en la UCIN y la consecuente sistematización de la práctica sea un modo de proporcionarle al propio equipo de profesionales un ensayo con algunas aproximaciones las funciones que puede ejercer, actividades a realizar y posibilidades que da al trabajo interdisciplinario una disciplina de la salud mental tal como la Psicología, en la UCIN. Entonces, para abordar las cuestiones propias del rol, se definieron tres objetivos específicos que oficiaron de brújula para desarrollar y analizar la experiencia transitada.

En primer lugar, fue importante comenzar por describir y caracterizar el *lugar que ocupa el psicólogo* dentro de un espacio de asistencia y cuidados neonatales. Para ello, se describieron detalladamente algunas *funciones y actividades* que desarrolla en este ámbito de acción. En general, las mismas contemplan acciones que involucran múltiples aspectos emocionales y psíquicos en juego con padres, familiares y miembros del equipo de profesionales que intervienen. El psicólogo es un profesional dedicado al acompañamiento y sostén de momentos o situaciones de crisis y urgencia psicológica. Por otro lado, respecto al equipo, la Psicología es una disciplina de la salud mental presente en la toma de decisiones o discusiones en torno a las maneras de llevar adelante, abordar o comunicar a padres de bebés aspectos variados del proceso de tratamiento y evolución (o no) de su hijo internado. Además, se vio cómo es un rol que requiere ser *revisado y reeditado* a partir de considerar las condiciones de un espacio donde la urgencia y crisis subjetiva son constantes. Así, tanto los encuadres clínicos, como las estrategias de intervención y modalidades de trabajo tienen que asumir características que acompañen estas dimensiones que, por cierto, se diferencian en muchos aspectos del accionar desde práctica clínica clásica.

En segundo lugar, una vez situadas las diferentes actividades y funciones que se llevan adelante en la UCIN, el siguiente objetivo de análisis se dedicó a describir de qué se tratan *las estrategias de intervención* en la UCIN. En la mayoría de los casos, las demandas de intervención psicológica parten de las interconsultas, ya que son los médicos encargados de los tratamientos de los bebés los que, con frecuencia advierten, por ejemplo, aspectos psíquicos o emocionales alterados en las dinámicas de los papás. Esto derivó en analizar *desde dónde y cómo se interviene*, pero también *con qué herramientas, para qué se hace y qué modalidades adopta* este hacer.

En términos de atención clínica clásica, se considera relevante la demanda por parte del paciente. Ahora bien, en los casos de intervención en la UCIN, quienes requieren de la atención psicológica muchas veces no son quienes demandan, sino los equipos médicos que están a cargo del espacio y los tratamientos, y consultan con profesionales de la salud mental cuando advierten conductas, reacciones o aspectos psíquicos de quienes ejercen las funciones parentales que tienen incidencia en el desarrollo del bebé, o en el proceso de evolución del estado de este. Así, se ahondó en la importancia del uso de la palabra y el diálogo con un terapeuta, como una herramienta fundamental a la hora de asistir y acompañar procesos sumamente traumáticos para los padres.

En la UCIN de la Clínica, dos espacios oficiaron de lugares de encuentro entre los profesionales, para conversar y construir una orientación de trabajo sobre los casos: la *Revista de sala* y los *Ateneos clínicos*. La asistencia a ambos lugares de trabajo ha sido una experiencia fructífera para advertir la multiplicidad de situaciones y aristas que se ponen en juego en cada momento del tratamiento y cuidados de un bebé internado. Además, allí mismo se vivencian fuertes situaciones de urgencia y dolor; toma de decisiones de cómo continuar con un paciente; situaciones de cruce de criterios médicos respecto a intervenciones o de dolor por el fallecimiento de un paciente; júbilo por la recuperación pronta de un bebé, entre otras. En este sentido, la práctica permitió estar en contacto con una dimensión de la clínica sumamente novedosa y fuera de los parámetros clásicos, ya que poder observar los modos en los cuales las psicólogas del equipo dialogan, intervienen, acompañan y sostienen situaciones, permitió advertir detalles del rol descriptos a lo largo de la sistematización.

Por último, el tercer objetivo estuvo dedicado a abordar algunos aspectos del *trabajo interdisciplinario* en la UCIN. En este sentido, los aportes de las profesionales del equipo entrevistadas permitieron advertir *lo necesario de una articulación* entre los diferentes saberes, para pensar y tratar desde una perspectiva *integral* las problemáticas que se hacen presentes.

En los últimos años, diferentes estudios y postulados apuntan a darle importancia a la *humanización de los cuidados médicos* y, con ello, lo valioso de considerar aspectos sociales, psíquicos, culturales y emocionales de quienes atraviesan un proceso de internación por enfermedad orgánica. Ahora bien, esto es un proceso de cambio de paradigma que se viene transitando (pasar de considerar al paciente como una unidad orgánica, a tratarlo como un ser orgánico, psíquico inserto en un contexto sociocultural y familiar particular). Así, depende mucho de los ámbitos de trabajo cómo se implementa este cambio y se van generando acciones en busca de una mayor articulación disciplinar. Según la formación y campo de saber del cual proviene cada profesional, se pueden ubicar diferentes modos de relacionarse con la noción de interdisciplina y el reconocimiento de lo necesario de otros saberes para abordar las situaciones.

Además, en relación con este eje de análisis, a lo largo de la práctica se pudo constatar un aspecto particular: la relación a las *necesidades y los requerimientos emocionales de los propios miembros del equipo* de la UCIN. Es decir, en muchas ocasiones fueron reiterados los comentarios de diferentes profesionales sobre la necesidad de, ellos mismos, poder contar también con un espacio de contención y acompañamiento psicológico.

El constante contacto con situaciones de mejoría y fallecimiento, la vulnerabilidad y urgencia psicológica con la que se encuentran muchas veces los papás, las discusiones por criterios disimiles entre profesionales, las altas presiones y exigencias que implican los cuidados intensivos, entre otras, son factores que llevan a los profesionales a vivir muchas situaciones de estrés, ansiedad y vulnerabilidad emocional. De esta manera, en términos de situar una temática respecto a la inclusión de la Psicología dentro de la UCIN, un punto a pensar para diagramar nuevas estrategias de intervención puede ser considerar la apertura de espacios de escucha psicológica (individual, grupal) que contemple este “hacia dentro del equipo”, además de las estrategias que se piensan “con el equipo” para trabajar sobre un caso, “o desde el equipo” al momento de asistir a los familiares de un bebé internado.

Por último, en las entrevistas realizadas a las profesionales que conforman el equipo de la UCIN, una de las preguntas que se les realizó tuvo que ver con qué cuestiones les inquietan o consideran problemáticas y que requieren tratamiento teórico. En este sentido y, a modo de *sugerencia para próximas investigaciones* que complementen los estudios sobre la temática, en el caso de la profesional dedicada a la psicomotricidad, considera que

es importante que se entienda o se hagan investigaciones para que los equipos médicos y de salud entiendan la importancia de la incorporación de profesionales de salud mental a las unidades de cuidados de terapia intensiva neonatal. No sólo eso, sino de toda la internación en sí, pero particularmente en neonatología, me parece que debería haber más estudios científicos o investigaciones que avalen la importancia que tiene la incorporación del profesional de salud mental, psicólogo, en este caso a los equipos. Entendiendo que esto favorece a que las internaciones sean más llevaderas, no tan traumáticas, más cortas, y los padres, madres y cuidadores puedan tener un espacio donde alguien escuche y pueda acompañar... Y que puedan asimilar la complejidad y lo traumático de estar en en una unidad de cuidados intensivos neonatales (Entrevista Nro. 2, 2023).

Respecto a las profesionales dedicadas a la salud mental, en el caso de la psicóloga neonatal que trabaja en el equipo, considera oportuno y necesario más espacios de estudio y discusión interdisciplinar respecto al “*duelo perinatal y cómo éste impacta en la familia. Sabiendo que la familia es un sistema, es necesario tener en cuenta a todos sus integrantes. Además, otro tema que creo se debería investigar las profundamente es la depresión post parto*” (Entrevista Nro. 1, 2022).

Y, por último, la psicóloga encargada del área de Neonatología considera, en la línea de lo planteado sobre la importancia de que el equipo cuente con apoyo psicológico:

siempre pienso que el psicólogo debería ser un agente de salud permanente... como son los médicos y la enfermera... eso haría que tengamos mayor participación y que se pueda trabajar dentro de la dinámica del equipo de salud y no solamente con la intervención del paciente sino también con las cosas que surgen en el equipo (Entrevista Nro. 3, 2022).

En términos personales, atravesar esta práctica en el contexto de la finalización de la Licenciatura en Psicología, ha sido una experiencia que ha marcado un antes y un después en mi formación, consideración y estima profesional. El espacio de la UCIN en la Reina Fabiola está conformado por profesionales comprometidos con su labor desde un punto de vista disciplinar, pero también humano y social. En este sentido, agradezco la posibilidad de atravesar un tiempo de su trabajo, ya que ello me permitió no sólo poder vivenciar muchos aspectos del rol que, a lo largo de la carrera, han sido vistos en forma teórica. Sino que, también, pude encontrar como el rol del psicólogo puede reinventarse a la luz de las demandas y requerimientos del espacio, según como el sufrimiento humano se exprese, considerando el contexto y las posibilidades. También, pude observar cómo, incluso, el rol mismo se ve sumamente enriquecido por ese trabajo interdisciplinar, ya que el trabajo con otras disciplinas permite aprender, pensar en otros criterios y, fundamentalmente, apostar a participar e intervenir desde un lugar específico, para abordar situaciones de sufrimiento y complicaciones orgánicas de seres humanos que no se pueden aislar en simples causas y efectos cuantificables. En lo que respecta al área de Neonatología y los cuidados intensivos allí, la práctica tuvo un impacto muy fuerte que me permitió, a su vez, pensar en la importancia de estar centrados y ubicados en el rol profesional, ya que lidiar con el sufrimiento, la muerte, la urgencia, incertidumbre y el duelo no sólo son cuestiones complejas para los familiares, sino para los equipos también, en tanto seres humanos. En este sentido, el respeto y el compromiso por asumir una posición comprometida, empática y responsable, pero con cierta distancia emocional, permite eficacia en el quehacer. Si, es un gran desafío profesional sostenido en la convicción de que es posible, junto a otros, ocuparnos de la vida y la salud mental frente a la enfermedad y el padecimiento.

10. ANEXO

10.1. Entrevistas semidirigida para psicólogos en torno al trabajo en la UCIN

1. ¿Cómo concibe la aplicación de la psicología en el ámbito de los UCIN?
2. ¿Qué entiende por Psicología perinatal?
3. ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?
4. Podría comentarme intervenciones que le resuenen como más relevantes o esenciales en este ámbito?
5. ¿Cómo experimenta el trabajo a diario con la vida y la muerte en este ámbito de cuidados intensivos neonatales? Que consecuencias considera que tiene esto a nivel anímico, profesional y personal?
6. ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?
7. ¿Cómo describiría el trabajo interdisciplinario que se realiza en el ámbito de la UCIN?
8. ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?
9. Considera alguna inquietud, sujerencia de temática o problemática a considerar para futuras investigaciones a implementarse en este ámbito de trabajo con la salud?

10.2. Entrevista semidirigida para profesionales que trabajan en la UCIN

1. ¿Podría comentarme un poco de que se trata su quehacer en el ámbito de los UCIN?
2. ¿Cómo concibe el rol del psicólogo en el ámbito de la UCIN? ¿Qué entiende por Psicología perinatal?
3. ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?
4. ¿Podría comentarme intervenciones que le resuenen como más relevantes o esenciales en este ámbito?
5. ¿Cómo experimenta el trabajo a diario con la vida y la muerte en este ámbito de cuidados intensivos neonatales? Que consecuencias considera que tiene esto a nivel anímico, profesional y personal?
6. ¿Cómo describiría el trabajo interdisciplinario que se realiza en el ámbito de la UCIN?
7. ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?
8. Considera alguna inquietud, sugerencia de temática o problemática a considerar para futuras investigaciones a implementarse en este ámbito de trabajo con la salud?

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aloy, J. F. (2004). *Mesa Redonda: Coordinación interdisciplinaria de la atención al recién nacido de alto riesgo*. Propuestas de actuación. *Bol Pediatr*, 44, 182-184.
- Alves, R. F., do Carmo Eulalio, M. y Brobeil, S. A. J. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Archivos brasileiros de psicología*, 61(2), 1-12.
- Barnechea García, M. y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias & Retos* (15).
- Baró, S. M. (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, (21), 19-33.
- Brundi, M., González, M. A. y Dinerstein, A. (2000). Humanización en la atención neonatal. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá*, 19(4), 173-176.
- Brundi, M., González, M. A., Enríquez, D. y Larguía, A. M. (2006). Contacto piel a piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sarda*, 25(4), 159-166.
- Bueno, C. M., Esteve, L. G., Carrascón, A., Oliver, M. R. A., Puig, G. P., Martí, A. Z. y Vela, E. (2017). Creamos red en salud mental perinatal. *Psicosomática y psiquiatría*, (1), 88-89.
- Caruso, A. (2011). *El afrontamiento ante la internación de un hijo prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII. Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. <http://www.clinicareinafabiola.com.ar/>
- Clínica-Web. Guía de clínicas, sanatorios y hospitales. <https://clinica-web.com.ar/listing/clinica-reina-fabiola/>
- Contreras-Carreto, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L. y Mancilla-Ramírez, J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*, 90(4), 564-572.
- De Durán, R. I. B. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Perinatología y reproducción humana*, 25(3), 188-190.
- De Estrada, A. M. D., Abalo, J. A. G., Meléndez, E. H. y Sebastiani, R. W. (2005). La Psicología de la Salud en la atención hospitalaria. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 295-322.
- Diego Calvo, P. D. (2018). *Estrés laboral en el personal de enfermería de cuidados intensivos neonatales*.

- Estándares, C. D. y J. D. (2004). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Anales de Pediatría* (Vol. 60, No. 1, pp. 56-64).
- F. E. D. A. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (1997). Código de Ética. <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Fernández, I. O., Maresca, I. P., Rincón, I. G. V., Martínez, A. M. M. y Sales, A. C. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (109), 45-52.
- Ferrari, H.; Luchina, I. L. y Luchina, N. (1971). *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión.
- Flores, I. C. y Trapero, M. V. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Clínica Contemporánea*, 8(e28), 1-12.
- Fundación para el Progreso de la U.C.C. [Sede Central] | Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba, Oncativo 1248, X5004 FHP, Córdoba.
- Gómez, R. A., Reina, L. L., Méndez, I. F., García, J. M. y Briñol, L. G. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención primaria*, 51(5), 310-313.
- González, M. A. (1996). Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 15(2), 87-91.
- González, M. A. (2007). Programa de ingreso de familiares a unidades de internación neonatológicas. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(1), 28-36.
- González, M. A. y Naddeo, S. J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(4), 155-158.
- Google maps (2022). Ubicación: Clínica Universitaria Reina Fabiola (C.U.R.F.).
- Grisolía, E. (2005). La Evaluación Psicológica en la clínica con bebés. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 9- 19.
- Hauser, M; Milán, T.; González, M. y Oiberman, A. (2014). Impacto emocional en madres de bebés internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Aplicación de la entrevista psicológica perinatal. *Investigaciones en Psicología*, 19(1), 63-83.
- Hauser, M. P., Milán, T. A. y Oiberman, A. (2018). Interacciones madre-bebé de alto riesgo: Una aplicación del análisis de clúster en dos contextos de interacción: UCIN y Consultorio de Seguimiento. *Interdisciplinaria*, 35(2), 543-559.
- Hauser, P.; Milán, T. y González, M.C. (2015). El psicólogo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Aplicación de la Entrevista Psicológica Perinatal. En V.A.

- Martinez-Nuñez, P. Godoy Ponce, M.A. Piñeda, M.B. Fantín, M. Cuello Pagnone, L. Bower, N. De Andrea, E. González, N. Katzer y E. Lucero Morales (Comps.). *Avances y Desafíos para la Psicología*, 9-17. Nueva Editorial Universitaria.
- Hermosilla, A.; Cataldo, R. y Bogetti, C. (2015). La actualización del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina: fundamentos y modificaciones. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12.
- Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*.
- Jiménez Parrilla, F., Loscertales Abril, M., Martínez Loscertales, A., Barbancho Morant, M. M., Lanzarote Fernández, M. D., Macías, C. y Nieto Rivera, C. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Vox Paediatrica*, 11 (2), 27-33.
- Kerikian, C. (2011). “Efectos de una práctica”: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- León Martín et al. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre medicina*, 16(2), 130-139.
- León Martín, B.; Poudereux Mozas, M.; Gimenez Rodriguez, C. y Belaustegui Cueto, A. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre medicina*, 16(2), 130-139.
- Ley Disposiciones para el ejercicio de la Psicología Nro 7106. Córdoba, Argentina, 27 de septiembre de 1984. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/11584.html>
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina Nro 26657. Boletín Oficial Nro 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Lovera Montilla, L. A., Fernández Gallardo, M. A., Domínguez Sandoval, G., Rodríguez, S. y Sola, A. (2021). La interdisciplinaridad en el cuidado neonatal en Latinoamérica: experiencia de una sociedad científica. *Revista Cubana de Pediatría*, 93(4).
- Maldonado, J. A. (2006). Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado. *Medicina naturista*, (10), 83-87.
- Mathelin, C. (2001). *La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Ediciones Nueva Visión.
- Mercado, A. (2005) Terapias de sesión única. En A. Oiberman (comp) *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal*. (pp. 129-132). JCE.
- Mercado, A. (2013). Diálogo interdisciplinario: el nacimiento o los nacimientos. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y acompañar*. (pp.26-36). Lugar.

- Milán, T. A., Hauser, M. P. y Gonzalez, M. C. (2015). *El psicólogo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Aplicación de la Entrevista Psicológica Perinatal*.
- Molina Peralta, A. (1989). *La comunicación con los padres en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica*. Universidad Central de Venezuela. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Moreno, A. y Tolosa, D. (2011). La relación terapéutica, más allá de la aptitud. *Ágora de enfermería*, 15(3), 8.
- Morer, B., Ayala, B., Burillo, M., Boullón, A. y Mancho, A. (2017). Apoyo psicoterapéutico en un servicio hospitalario de Neonatología. *Revista Pensamiento Psicoanalítico*, 1, 94-100.
- Mosso, M. F. (2016). *Programa de abordaje psicológico del recién nacido prematuro, su familia y el equipo de salud* (Doctoral dissertation).
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Paidós.
- Nieri, L. P. (2012). *Intervención paliativa desde la psicología perinatal*.
- Nieri, L. P., Oiberman, A. J. y Santos, M. S. (2011). *La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*.
- Nikodem, M.R. (2003) Unidad de cuidados intensivos neonatal. Intervenciones en una situación de alto riesgo. En Saforcada, E. (2003). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. (323-328). Proa XXI.
- Oiberman, A. (2000). *La palabra en las maternidades/ una aproximación a la psicología perinatal*.
- Oiberman, A. J. y Galíndez, E. (2005). *Psicología perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato*.
- Oiberman, A., Santos, S. y Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En *Boletín de la maternidad*. 11, 16-19.
- Olivar, J. F. Q., Bermúdez, J. I. T. y Melgarejo, L. M. (2022). Abordaje del duelo en una unidad de cuidado intensivo neonatal: entre el protocolo y la intuición. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*.
- Ormart, E. (2006). Abstinencia y neutralidad: un análisis de los Códigos de Ética de las Asociaciones de Psicólogos de la República Argentina. *Revista perspectivas psicológicas*, 20-34.
- Piña López, J. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. *Revista suma psicología*, 67-80.

- Ramírez, M. R. (2009). Salud mental en perinatología: intervenciones en obstetricia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(3), 110-113.
- Ramírez, M. R. (2009). Salud mental en perinatología: intervenciones en obstetricia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(3), 110-113.
- Resnick, J. H. (1991). *Finally, a definition of clinical psychology: A message from the President, Division 12*. The Clinical Psychologist.
- Rey, C. y Guerrero Rodríguez, S. (2012). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. *Revista psicología desde el Caribe*, 177-104.
- Santos, M. S. y Oiberman, A. (2011). *Abordaje Psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Santos, S. (2013). El abordaje clínico psiconeonatal de los nacimientos prematuros. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y acompañar*. (pp. 225-239). Lugar Editorial.
- Savone, L. (2019). *El rol del psicólogo en el ámbito perinatal*. Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Serrano, F. G. (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.
- Tarragó Riverola, R. (2018). *La intervención desde salud mental en una unidad de neonatología*.
- Tarragó, R. (2010). Trabajo emocional con el equipo en los cuidados centrados en el desarrollo. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, 85-89.
- Toro Bermúdez, J. I., Mesa, L. y Quintero, J. F. (2017). Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal. *Medicas UIS*, 30(3), 89-100.
- Umaña Giraldo, H. (2011). Relación médica-paciente: un buen negocio. *Revista médica de Risaralda*, 59-64.
- Valenzuela, M. T., Bernales, M. y Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 281-305.
- Valle-Trapero, M., Mateos, R. M. y Cuevas, P. G. (2012). Niños de alto riesgo al nacimiento: aspectos de prevención. Atención temprana neonatal y programas de seguimiento en niños prematuros. Psicología Educativa. *Revista de los Psicólogos de la Educación*, 18(2), 135-143.
- Vega, E. (2006) *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Lugar Editorial.

- Vega, E. (2018). *Rol del psicoterapeuta en neonatología*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Vega, E., (2011). Un Modelo Integrativo en el Abordaje de Niños y sus Familias. Su aplicación en psico-neonatología y salas generales de pediatría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(2), 175-185.
- Villalobos Tapia, C. E. (2007). La perspectiva del “cuidar” a niños en una dimensión interdisciplinar. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 0-0.
- Yuni, J. A. y Urbano, C. A., (2006) *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Brujas.