



**Universidad Nacional
de La Matanza**
Escuela de Posgrado

**TESIS DE
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS**

**TITULO: “Estudio exploratorio sobre el impacto emocional
en la mujer embarazada ante el diagnóstico prenatal de
patología cardíaca”**

Autor: Lic. Sandra Patricia Vorobechik

Director: Mag. Graciela Jaimsky

Buenos Aires, diciembre 2016

Agradecimientos:

En primer lugar quiero agradecer a la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, un espacio muy querido, donde puedo formarme, compartir y pensar la profesión y especialmente por favorecer el desarrollo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica dentro del Psicoanálisis. Un agradecimiento a mis compañeros, colegas y supervisores que con sus aportes nutrieron este trabajo.

A Graciela Jaimsky, ya que sin su constante estímulo, conocimientos y sostén no hubiera podido avanzar con esta tesis.

Mi gratitud al Dr. Mariano Ithuralde por su experiencia y calidez durante tanto años y en particular al Dr. Juan Pablo Gallo quien con su generosidad y apoyo hizo posible esta investigación.

A mis amigas Andrea y Mariana con quien tengo el placer de compartir los avatares de la Psicoprofilaxis Quirúrgica cotidianamente.

Por último, “a mis hombres”, a Dany, a Nico y a Lucas, que están siempre, me acompañan y que colaboraron con el “apoyo digital” y en la tarea de formato y presentación de esta tesis.

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Introducción	5
Capítulo 1: Concepto de enfermedad	11
Capítulo 2: Trauma y angustia	23
Capítulo 3. Diada madre-bebé	35
Capítulo 4: Vulnerabilidad Psicosomática	45
Capítulo 5: Análisis e interpretación de los datos	57
Conclusiones	77
Bibliografía	93
Anexo 1: cuadro 1	99
Anexo 2: cuadro 2	111
Anexo 3: cuadro 3	123
Anexo 4: cuadro 4	133
Anexo 5: Consentimiento informado	137
Anexo 6: Modelo de las entrevistas	141

INTRODUCCIÓN

La práctica de la Psicoprofilaxis Quirúrgica es una especialidad que se desarrolló a partir del trabajo psicoanalítico con niños que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Fue Arminda Aberastury, a raíz de un historial de 1937 de Sophie Morgenstern acerca de un niño de 8 años que sufría de un mutismo total luego de realizarse una amigdalotomía, quien se interesó por investigar si una intervención quirúrgica producía efectos traumáticos. Tras revisar diversos historiales infantiles, especialmente el caso Juanito, concluyó que la amigdalectomía realizada cuando tenía 2 años y medio había desencadenado conflictos psíquicos que Freud en su época no consideró.

Esta especialidad fue cobrando cada vez más especificidad, su marco teórico fue desarrollado desde la teoría psicoanalítica, con fines preventivos y a través de la interdisciplina.

Todo procedimiento médico, especialmente, la cirugía constituye una amenaza a la integridad corporal del sujeto, produce miedo e inseguridad, es un impacto emocional para el sujeto. Es por ello que la Psicoprofilaxis Quirúrgica tiene por objetivo ayudar a elaborar dicho impacto para que no se vuelva traumático, trabajando en procesar ansiedades y temores.

La cirugía u otras prácticas médicas invasivas son situaciones de estrés para el sujeto, pero no necesariamente traumáticas, son “potencialmente traumáticas” y dependerá de los recursos internos y externos del paciente. De ahí el valor preventivo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica.

Cada sujeto posee para atravesar estas situaciones con redes de sostén como es su familia y el equipo médico. El trabajo de Psicoprofilaxis Quirúrgica, incluye al paciente, su familia y al equipo médico, con lo que se convierte en un verdadero trabajo interdisciplinario.

Las prácticas médicas están continuamente actualizándose. El avance de la tecnología ha permitido realizar diagnósticos cada vez más precoces y ha dado la posibilidad de realizar nuevas técnicas quirúrgicas.

La patología cardíaca, es detectada cada vez más temprano y los niños se operan cada vez más pequeños. A través de practicarle a la embarazada una serie de estudios como son las amniocentesis diagnósticas, las ecografías, el scan fetal, se puede confirmar que el feto va a nacer con alguna patología.

Habitualmente la embarazada se encuentra en un estado de vulnerabilidad al realizar los estudios prenatales. El impacto emocional ante el diagnóstico de que su bebé presenta cardiopatía congénita, puede despertar ansiedades, al comprobar que el hijo no se corresponde con la imagen ideal del bebé desarrollada durante el embarazo. Es esperable que el vínculo con un recién nacido se construya sobre relaciones previas con un hijo imaginario y que el feto en desarrollo forme parte del mundo de los padres durante los meses de gestación.

Los nueve meses de embarazo brindan a los futuros padres la oportunidad de prepararse tanto psicológica como físicamente. La preparación psicológica, tanto inconsciente como consciente, está estrechamente entrelazada con las etapas físicas del embarazo de cada mujer. Cuando existen complicaciones físicas, como en el caso de una cardiopatía congénita, pueden poner en peligro la relación con el hijo.

En función de lo expuesto, el problema de investigación es:

¿Cuál es el impacto emocional de recibir el diagnóstico prenatal de patología cardíaca en la mujer embarazada?

A manera de respuesta tentativa al problema, se plantean las siguientes hipótesis:

- 1- Si una mujer embarazada recibe la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, inferida de los estudios realizados en el curso del embarazo y la embarazada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática alta, entonces la noticia recibida deviene en situación traumática.
- 2- Si una mujer embarazada recibe la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, inferida de los estudios realizados en el curso del embarazo y la embarazada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja, entonces la noticia recibida deviene en situación estresante.

El objetivo de la presente investigación será examinar el impacto emocional ante el diagnóstico prenatal de patología cardíaca en una muestra de siete mujeres embarazadas pertenecientes a prepagas que se atienden en instituciones médicas de la ciudad de Buenos Aires, de edad entre 25 y 40 años, siendo observadas al momento de realizarse estudios de control.

A fin de resolver el problema de la investigación, se procederá en el capítulo 1 a describir el concepto de enfermedad desde el punto de vista de la medicina y del psicoanálisis, con el objetivo de comprender qué significa para la mujer embarazada la irrupción de la enfermedad en el curso del embarazo. También se describirá la especificidad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica para el abordaje de los pacientes y su familia que atraviesan situaciones de enfermedad. Su valor preventivo y la importancia de la interdisciplina. Se señalará la importancia de la información brindada por el equipo médico, su valor como impacto emocional y la importancia del modo en que ésta se transmite a los pacientes.

El segundo capítulo presentará un recorrido teórico de las definiciones de los conceptos de trauma y angustia para el psicoanálisis, con el objetivo de desarrollar como actúa el aparato psíquico frente al impacto de la información recibida por la mujer embarazada a cerca de la patología de su bebé.

Se describirá la concepción de trauma por efracción y por resignificación, en este último caso haciendo referencia a “los dos tiempos del trauma”. Se señalan las defensas propias de la situación traumática, defensas patológicas. Se conceptualizará las Series Complementarias, sus características y relación con el trauma.

Se puntualizará la noción de angustia, desarrollándose los conceptos de angustia automática y angustia señal, y su relación con la vivencia estresante y vivencia traumática que también son definidas en este capítulo.

Por último se describirá la noción de trauma para Winnicott, en la cual se incluye la idea de ambiente facilitador, concepto fundamental para el procesamiento del trauma según este autor.

En el capítulo 3 se describirá las características de la díada mamá- bebé. Esta relación se construye desde mucho antes del nacimiento del bebé. Se describirá cuáles son las condiciones iniciales esperables, para que se construya el aparato psíquico del mismo.

Se definirán conceptos que ha aportado Winnicott sobre la “madre suficientemente buena” y la “preocupación materna primaria”. La idea de “ambiente facilitador” propuesta por este autor incluye no sólo a la madre, sino al entorno y al padre. También se señalará el valor del “sostén”, considerado por Winnicott de trascendencia fundante en el vínculo madre-bebé. Es de interés señalar en este capítulo cómo influyen los recursos psíquicos de la mujer embarazada en la futura relación mamá-bebé y en el desarrollo emocional del bebé.

En el cuarto capítulo se definirá el concepto de vulnerabilidad psicosomática, para ello se comenzará por describir cómo se construye el aparato psíquico. Se señalará que para Freud la primera vivencia de angustia es la del nacimiento. Este autor plantea como causa de la angustia al desvalimiento y diferencia situación de peligro de la vivencia de desvalimiento o trauma.

Se definirá el concepto de vulnerabilidad desde la perspectiva del psicoanálisis y su relación con la noción de series complementarias. Finalmente se describirá la vulnerabilidad psicosomática, con el objetivo de desarrollar el interjuego entre los factores de riesgo somático y psíquico.

En el capítulo 5 se procederá a la recolección de datos, al análisis e interpretación de los mismos, a fin de validar las hipótesis propuestas en esta investigación.

El tipo de investigación que se utilizará, será de carácter descriptivo, ya que se procederá a caracterizar las condiciones en las cuales la madre recibe el impacto de la información de la patología cardíaca del bebé durante el embarazo.

El diseño que se utilizará es de carácter cualitativo, ya que se procederá al análisis del discurso de las entrevistas con el objetivo de indagar si el impacto de la información recibida sobre la patología del bebé, ubica a la mujer embarazada en una situación estresante o traumática.

Se finalizará con el capítulo de conclusiones en el que se presentarán las reflexiones que surgen del análisis e interpretación de los datos.

Capítulo 1: Concepto de enfermedad

La enfermedad constituye una amenaza severa a la integridad corporal del sujeto y puede generar miedo e inseguridad, acorde con la interpretación y el significado propio de cada sujeto

La enfermedad puede producir modificaciones en los vínculos y en la familia. Los aspectos emocionales desencadenados a raíz de la enfermedad son muy diversos y especialmente complejos cuando se trata de un niño enfermo.

Las concepciones de salud y son construcciones socio culturales. Las creencias, valores, normas, saberes y comportamientos ligados a la salud implican la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con los alimentos, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el ambiente, etc.

Los efectos psicológicos de atravesar este tipo de situaciones dependen de múltiples factores, características individuales, familiares, etc. Cada “suceso” es resignificado según la experiencia personal. El paciente posee para atravesar estas situaciones como redes de sostén, a su familia y al equipo médico.

Fischbein, señala: “La enfermedad somática produce un corte en el continuo (...) y es en el espacio de este corte donde aparecerá la patología. En el espacio de este corte, la palabra cumple una función primordial, ella es la que puede establecer puentes para disminuir la escisión. El cuerpo aparece no sólo como realidad anatómica, sino también como realidad de la fantasmática donde la representación de sí mismo y las señales de enfermedad y del envejecimiento están presentes (...)”¹.

Así, Fischbein (2007-2008) describe “acontecimiento somático” como un hecho que irrumpe y se instala en el devenir temporal². Y destaca distintos momentos del proceso del enfermar que podemos extrapolar a la persona de la madre del bebé: un primer momento de quiebre de la estructura narcisista, tiempo de sobrecarga traumática; un segundo momento, de índole regresivo, que consiste en la aparición del acontecimiento somático, condicionado por la predisposición del sujeto; y un tercer momento, el del restablecimiento de significado psíquico a los hechos.

Tomando en cuenta el psicoanálisis, se puede observar la dimensión historizable del acontecimiento somático, es decir pensar la aparición de un fenómeno como un corte

¹Fischbein, J. (2007-2008): “El acontecimiento somático. Desarrollos desde la clínica psicoanalítica”. Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG. (Pág. 328).

²Este concepto fue pensado por Fischbein para explicar la enfermedad en una persona, pero su explicación puede ser utilizada para dar cuenta de lo acontecido en la mujer embarazada.

en un continuo, que es la vida del paciente, además del punto de vista meramente somático.

Resulta interesante el término que propone Fischbein (2007-2008), porque “acontecimiento”, es temporal, alude a algo que irrumpe en el devenir psíquico, en el caso de interés de esta tesis, irrumpe en el aparato psíquico de la mujer embarazada, corta un continuo, la información de la patología irrumpe en el continuo embarazo y produce una serie de consecuencias que son las que interesa desarrollar en esta investigación. La enfermedad altera un orden natural.

Dice Fischbein (2007-2008) que el “acontecimiento” cambia la posición subjetiva, cambia la temporalidad y se genera un tiempo propio.

En este caso, recibir la información de la patología del bebé, se incluye dentro del devenir del embarazo para la mujer, como un hito que podría marcar un cambio en el accionar vital. El “acontecimiento” es algo que irrumpe, altera de forma transitoria o definitiva, produce una marca, su aparición en realidad supone un antes y un después ya que irrumpe sin anticipación posible.

Afirma Fischbein (2007-2008): “En el campo psicoanalítico, los planos psicológico, somático y social interjuegan y se imbrican. Estos proveen los estímulos a ser procesados por el psiquismo del paciente en la relación transferencial. La realidad psíquica (el fantasear), la realidad social desde el registro de los vínculos y la realidad del cuerpo conforman una compleja estructura a la que deberá enfrentar el ser humano. Estos planos van juntos, constituyen un continuo que nos obliga a circunscribirlos artificialmente para su abordaje: sus límites no son claros, excepto cuando aparece el conflicto a nivel psíquico o la enfermedad somática”³.

Es importante destacar en función de lo afirmado con anterioridad, la diferencia entre la realidad psíquica, la realidad social y el cuerpo real. Si bien estos aspectos aparecen imbricados a los fines del análisis, se considera relevante diferenciar los tres planos.

En esta línea de pensamiento continúa señalando que “la gran diferencia en el tratamiento del cuerpo desde el psicoanálisis y desde la medicina es que los psicoanalistas tratamos a un “cuerpo hablado”, se jerarquiza la palabra, que es la que une y da cuenta del juego, de la representación, de la fantasía y la realidad psíquica. La medicina trata el soma, se ocupa de una realidad objetiva, mensurable desde los métodos de la biología. El psicoanálisis trata lo representacional, que se expresa en el

³ *Ibidem*.

campo de la palabra, palabra que sustenta la paradoja de ser la portadora de lo indecible, de lo angustiante del dolor. Portadora de la representación de una realidad psíquica en la que siempre el sujeto se descubre incompleto y mortal”⁴.

Es la palabra la que permite acceder a un universo simbólico, muy diferente de la plena descarga. La palabra tiene función como instrumento de ligadura. La posibilidad de expresar con palabras, de comunicarse se refiere a la capacidad de intercambio afectivo y de integración con otros, posibilitando la creación de redes, tramas vinculares que comprometen al individuo con sus pares, con su contexto.

Entonces, una enfermedad, una cirugía es una amenaza para la integridad corporal y también puede generar un impacto emocional para el sujeto.

Es por ello que la Psicoprofilaxis Quirúrgica tiene por objetivo ayudar a elaborar la situación traumática, procesar ansiedades, temores y brindar una información adecuada. Esta especialidad fue cobrando especificidad y consolidándose como una psicoterapia breve focalizada. Su marco teórico fue desarrollado desde la teoría psicoanalítica, con fines preventivos y a través de la interdisciplina. Su práctica está continuamente actualizándose. Es posible realizar diagnósticos cada vez más precoces y nuevas técnicas quirúrgicas debido a los avances de las tecnologías.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica apuntará, a favorecer la adaptación activa a una realidad que se presenta hostil, atenuando el posible efecto traumático para el paciente y su familia. La prevención apunta entonces, a prevenir situaciones “potencialmente” traumáticas. Se afirma el “potencialmente”, porque no puede hablarse de acontecimientos traumáticos de un modo absoluto, sin tener en cuenta las características y recursos propios y externos del sujeto y de cada familia.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica tiene un objetivo preventivo. Siguiendo a Gerald Caplan, (1966) se define la psiquiatría preventiva como el cuerpo de conocimientos profesionales, teóricos y prácticos, que puedan aplicarse para desarrollar programas que se propongan:

- a) reducir la prevalencia de los trastornos mentales de todo tipo en una comunidad dada (prevención primaria).
- b) reducir la duración de un número significativo de los trastornos existentes (prevención secundaria).

⁴ *Ibíd.*

c) reducir el deterioro que puede resultar de tales trastornos (prevención terciaria).

La Psicoprofilaxis Quirúrgica incluye los tres niveles descriptos. Se propone evitar enfermar, evitar situaciones traumáticas, recuperar el estado de salud que se perdió, y también colaborar para que el paciente recomponga su estado físico y emocional, especialmente en los casos que la cirugía dejó alguna limitación. Tiene en cuenta la reinserción en la rutina cotidiana, escolar, laboral y la calidad de vida.

Dice Glasserman que “ la Psicoprofilaxis Quirúrgica puede abordarse en el marco de la promoción de la salud, o sea el aumento basal de salud mental de la comunidad mediante la disminución del riesgo de enfermedad psicológica” y continúa : “(...)creemos de importancia, en la conceptualización de esta tarea, la noción de “crisis vital”, o sea episodios de alteración psicológica de carácter agudo y de duración limitada que se presentan como un obstáculo que el individuo no puede ni evitar ni resolver con sus recursos habituales. Podemos entender como ejemplo de tales situaciones las intervenciones quirúrgicas. (...) situaciones críticas establecen, a su vez, modelos de resolución que se incorporan como repertorio propio del individuo frente a problemas. Nuestra tarea queda definida como la identificación de circunstancias críticas de aparición habitual, la demarcación de las poblaciones que serán blanco de tales situaciones y la puesta en marcha de técnicas destinadas a reducir el impacto y la lesión de tales circunstancias”⁵.

En el prólogo del libro de Rinaldi, D’Alvia dice: “La palabra ‘pre-vención’ está compuesta por un prefijo que denota antelación, anticipación, pero también incluye las ideas de ver y venir. Lo que tenemos que ‘ver’ para evitar lo que está por venir. De este modo, valoramos el eventual riesgo que puede ocurrir en el futuro”⁶

Rinaldi propone el concepto de psicoprevención dándole especial relevancia a la subjetividad de cada paciente y al contexto. Tendrá en cuenta las características de la personalidad, fruto de la interacción de un factor genético-constitucional propio de cada individuo y un factor adquirido relacionado con la singular historización efectuada de las crisis vitales de su desarrollo, constituyendo así parte de los recursos internos que dispone el sujeto para afrontar un suceso.

⁵ Glasserman, M. (1969) “Psicoprofilaxis Quirúrgica: una técnica preventiva”. Acta Psiquiátrica y psicológica de América latina. Vol. 15 Buenos Aires. Fundación Acta. (pág.239-244).

⁶ Rinaldi, G. (2001): Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía .Buenos Aires. Paidós. (pág. 9).

Siguiendo lo expresado por este autor, la prevención consiste en historizar lo que va a suceder, de forma de darle un sentido subjetivo a ese futuro, evitando quedar a merced de las fantasías, creencias, prejuicios que predominan frente a sucesos traumáticos. Supone un proceso de adaptación activa frente a una realidad amenazante.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica propone un trabajo desde una perspectiva psicoanalítica con la familia, en un momento que se encuentra en una situación absolutamente vulnerable; la subjetividad y las características psíquicas de sus miembros, estarán puestas en juego frente al acontecimiento médico.

La tarea que se propone abarca la información, comprensión y elaboración. Contempla la contención y esclarecimiento de todos aquellos sentimientos y emociones que surgen ante el suceso traumático.

Una intervención quirúrgica, una patología o práctica médica compleja implican un desequilibrio biológico y psicológico que requiere que la persona vuelva a lograr su estabilidad.

Atravesar una enfermedad, una intervención quirúrgica, una práctica médica invasiva, implica una situación de estrés, de impacto emocional, no sólo para el paciente, sino para toda la familia. Si bien es al paciente al que se le va realizar el acto médico, toda la familia se verá “involucrada” en la situación, con diferentes grados de vulnerabilidad.

Por lo tanto un proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica debe incluir la atención del paciente y su familia y también el trabajo con el equipo médico, lo que lo convierte en un verdadero trabajo interdisciplinario.

Debe ayudar al paciente y su familia, a transitar el acontecimiento médico en las condiciones psíquicas más adecuadas, habilitando todos los modos de expresión, sabiendo que la expresión de las emociones posibilita su procesamiento.

Se propone atenuar el posible efecto traumático y dar un espacio de sostén a la vulnerabilidad emocional que resultará de dicha experiencia. Para ello, el equipo de profesionales de la salud mental se relaciona con el paciente, la familia y el equipo médico. Entre estas partes intervinientes se debe armar una cadena de confianza, confianza que al ser transmitida es reforzada promoviendo que el paciente y su familia se sientan contenidos y acompañados por el equipo tratante.

La patología cardíaca, es detectada cada vez más temprano y los niños se operan cada vez más pequeños. A través de practicarle a la embarazada una ecocardiograma fetal se puede confirmar que un feto va a nacer con dicha patología.

La indicación de realizarse más estudios o estudios más específicos genera en la embarazada, la sospecha sobre la salud de su bebé, y con ese malestar o inquietud se realizan los siguientes estudios. Es en ese contexto de vulnerabilidad, que la madre recibe la noticia de una patología cardíaca compleja prenatal. Estas patologías requieren de intervenciones quirúrgicas y atención médica de alto riesgo.

La amniocentesis diagnóstica y las ecografías para visualizar al feto tienen para la futura madre, un efecto complejo en el trabajo de adaptarse al nuevo rol. La curiosidad y el asombro de la embarazada al ver a su hijo en una pantalla, van acompañados tanto de admiración como del temor frente a lo que pueden mostrar tales estudios.

El médico es quien tiene a su cargo la difícil tarea de informar, para la mujer embarazada la información de la enfermedad de su bebé irrumpe de manera inesperada, generando un quiebre entre un antes y un después. Produce un impacto emocional que promueve fantasías y temores.

Comunicar diagnósticos no deseables es una tarea compleja e inquietante tanto para el que lo emite como para quienes lo reciben.

La información que imparte el médico sobre la presencia de una patología, no es la mera transmisión de un mensaje, ya que dicha información pondrá en jaque toda la subjetividad de quien lo escucha. En el vínculo médico-paciente se juegan aspectos transferenciales propio de todo vínculo, pero además, ésta es una relación donde son relevantes ciertos aspectos de la realidad, como ser la personalidad de los sujetos involucrados, sus roles enmarcados institucionalmente, sus particulares discursos sobre la salud y la enfermedad propios y de la institución que los contiene. La modalidad vincular, el modo de transmitir la información, es fundamental para que pueda funcionar como sostén afectivo.

La información brindada por el equipo médico, deberá ser veraz, dosificada y ajustada al entendimiento de quien la escucha, en un espacio adecuado a la situación y un tiempo que admita expresar preguntas y dudas.

A raíz de la difícil tarea de informar y contactar con las emociones que implica hablar de enfermedades resulta interesante señalar que Cecilia Moise (1998) considera la necesidad de establecer criterios preventivos en la labor médica, proveyendo al equipo asistencial de una completa información y formación respecto de las reacciones emocionales esperables o no en los pacientes y familiares ya que esta autora afirma que

las formas de comunicación no son portadoras neutras o indiferentes de información sino que transmiten sus propios mensajes.

Por otro lado, es dable pensar si la comunicación médico – paciente puede pensarse como un “fenómeno complejo “.

En este sentido Morin afirma: “La complejidad es volver a afrontar las incertidumbres y contradicciones ocultadas por el conocimiento simplificante (...) La reducción lleva al conocimiento del objeto al de las unidades elementales que lo constituyen y oculta las interacciones organizadoras entre estos constituyentes elementales (...)”⁷.

La idea de complejidad lleva una connotación de advertencia al entendimiento, una puesta en guardia contra la clarificación, la simplificación, la reducción demasiado rápida. La información médica circula de médico a paciente, pero también entre el equipo de salud.

Intercambiar información, buscar abordajes y estrategias comunes, con técnicas apropiadas de cada una de las disciplinas, llevan al profesional a salir del aislamiento, de los compartimientos estancos que proponen las disciplinas, con el objetivo de trabajar en equipo. Generar espacios científicos comunes es un desafío, que lejos de evitar el malestar, las luchas de poder y contraposiciones ideológicas de los cuerpos teóricos y de las acciones técnicas, permitirán que estas cuestiones se desplieguen para lograr nuevos modelos, superadores que no sólo beneficien al paciente y su familia, sino también a los propios profesionales intervinientes.

El trabajo del equipo de salud, el trabajo interdisciplinario propone poder entrar en un terreno de integración de las diferentes visiones y conocimientos de distintas áreas del saber, quebrando modelos individualistas y exclusivistas, persigue respuestas más integradoras, aceptando que los enfoques requieran de múltiples visiones. Si existe mayor contribución de visiones, habrá mayor posibilidad de encontrar resultados más creativos.

A veces los entrecruzamientos son espacios de conflicto, pero permiten reformular teorías, metodologías, ideologías, valores, criterios profesionales que subyacen en las prácticas cotidianas.

Encontrar el equilibrio entre el contacto afectivo y la distancia óptima necesaria es un objetivo a lograr para el equipo médico. Si ésto no es logrado, con el tiempo puede

⁷Morin, E. (1984): *Ciencia y consciencia*. Anthropos, Barcelona. (pag.247)

convertirse en una fuente de trastornos para la salud tanto del profesional (burnt out) como para el paciente y su familia.

Cuando el médico informa, debe también escuchar al paciente, esto favorece la confianza para poder alcanzar los mejores resultados en los tratamientos propuestos, para que las familias se sientan acompañadas y contenidas durante el proceso de la enfermedad. El lenguaje sencillo, accesible, comprensible colaborará para elaborar y procesar la información y el impacto emocional.

En este sentido, el equipo médico funciona como sostén, ya que muchas veces la información implica un alto grado de incertidumbre. Como en el caso de esta investigación, en la cual se informa a la mujer embarazada un diagnóstico con características a confirmar, a corroborar con el nacimiento del bebé. La información no es sólo un resultado, es un proceso.

Cuando se hace un estudio de diagnóstico médico, se presume un saber médico y un deseo de saber de quién consulta. Balint (1986) habla de que el médico goza de una posición superior, ya que posee los conocimientos y el paciente es el que se encuentra en una posición inferior y va en busca de ese saber. Es una relación asimétrica y en tensión.

Una manera de aliviar la tensión está dada en el modo de comunicar. La comunicación accesible, dosificada, veraz y confiable permite que sea procesada.

La información debe ser ajustada, es tan riesgoso no ofrecer suficiente información como dar información excesiva a quien no está en condiciones de escucharla. La información cuando es adecuada favorece la elaboración de la misma. Es importante dedicarle el tiempo necesario, la confianza y el respeto.

La información puede convertirse en una herida narcisista, donde será necesario un proceso de elaboración de esta situación, para poder adaptarse a la misma.

La información transmitida adecuadamente implica un esfuerzo por tener en cuenta no sólo la situación objetiva sino valorar también el estado subjetivo de la persona que va a recibir dicha información. El contexto de la relación equipo de salud-paciente influye en la confianza que el paciente deposita en el equipo y en el éxito o fracaso de la relación, estimulando o dificultando el establecimiento de una alianza terapéutica tanto con el equipo de salud como con su entorno.

El buen vínculo, la empatía y la información adecuada permite atenuar el impacto traumático, facilita que el paciente pregunte y repregunte, plantee dudas, temores, con el

objetivo de favorecer un mejor procesamiento y enfrentamiento del diagnóstico y generando un espacio de contención y confianza que funciona como sostén.

Capítulo 2: Trauma y angustia

Cuando Freud se ocupó de estudiar las neurosis, particularmente las histerias adquiridas, señaló que los síntomas histéricos son síntomas psíquicos debido a la operatoria de un mecanismo psíquico. Es así que definió los síntomas neuróticos como formaciones de compromiso entre la representación inconciliable, generalmente de carácter sexual, y la defensa, o sea la represión a cargo del yo. Es decir, que el síntoma se comprende como un intento de resolución de un conflicto.

Al principio de su obra, Freud sitúa en la etiología de las neurosis, a las vivencias traumáticas. En el “Proyecto de Psicología” Freud define el trauma de dos maneras diferentes: el trauma por efracción y el trauma por resignificación.

Afirma: “(...) El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a huir del dolor (...) Que el dolor vaya por todos los caminos de descarga es fácilmente comprensible. Según nuestra teoría (a saber, que Q crea facilitación), el dolor deja como secuela en Ψ unas facilitaciones duraderas, como traspasadas por el rayo; una facilitaciones que posiblemente cancelan por completo la resistencia de las barreras-contacto y establecen ahí un camino de conducción como el existente en ϕ ”⁸.

Es notable en esta cita que cuando Freud habla de dolor se refiere al trauma por efracción.

Según el diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1981) trauma viene del griego y significa herida, deriva de la palabra perforar, designa una herida por efracción. Define el trauma psíquico como un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. Idea explicitada por Freud en el “Proyecto de una Psicología”.

Entonces, en términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. Como consecuencia del trauma, el psiquismo se presenta como incapaz de liquidar las excitaciones o elaborarlas por los medios habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético.

⁸Freud, S. (1976): “Proyecto de psicología.” En “Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos de la vida de Freud” [1895]. En Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu editores (pág. 351-352)

Se acuerda con Laplanche y Pontalis (1971) cuando plantea que “No puede hablarse de acontecimientos traumáticos de un modo absoluto, sin tener en cuenta la “susceptibilidad” propia del sujeto. Para que exista trauma en sentido estricto, es decir falta de abreacción de la experiencia, la cual persiste en el psiquismo a modo de un “cuerpo extraño”, deben darse determinadas condiciones objetivas (...) En este sentido lo que confiere al acontecimiento su valor traumático son determinadas circunstancias específicas: condiciones psicológicas especiales en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento. Esta situación efectiva dificulta o impide una reacción adecuada(...)”.

Continúan estos autores: “(...) lo que confiere al acontecimiento su valor traumático son determinadas circunstancias específicas: condiciones psicológicas especiales en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento (estado hipnoide de Breuer), situación efectiva (circunstancias sociales, exigencia de la tarea que se está efectuando) que dificulta o impide una reacción adecuada (retención) y finalmente , sobretodo, según Freud, el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que le ha sobrevenido (defensa)(...)”⁹.

De lo expresado se puede observar cómo se relaciona el trauma con la incapacidad del aparato psíquico de liquidar las excitaciones. Su eficacia patógena se puede relacionar por un lado con lo violento, con lo sorpresivo de su aparición, y por otro, con el estado del sujeto y su capacidad de ligar o no este acontecimiento dentro de la organización.

Freud remite el trauma ante todo a una concepción económica, un aumento tan grande de excitación en relación a la tolerancia del sujeto y su capacidad de tramitar, administrar y elaborar psíquicamente estas excitaciones. Describe un exceso causado tanto por un acontecimiento violento, como por una acumulación de excitación.

Por lo tanto el acontecimiento traumático desencadena por parte del yo, en lugar de las defensas normales habituales utilizadas frente a cualquier acontecimiento penoso, una “defensa patológica”.

El segundo sentido al que se aludió con anterioridad, es el trauma por resignificación. En este caso el trauma ocurrirá en dos tiempos, un primer acontecimiento que sería traumático, desde el punto de vista económico, adquiere sólo con posterioridad eficacia, se resignifica , es decir el recuerdo de esa primera escena de seducción , dirá Freud, se vuelve patógena ya que provoca excitaciones internas.

⁹Laplanche, J y Pontalis (1981): Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona. Labor .(pág. 469)

El aparato psíquico presentado en el “Proyecto de Psicología” (1895) es un aparato que tiene como función procesar la cantidad recibida desde los estímulos externos, de muy alta magnitud, y desde los estímulos endógenos.

El enfoque económico de la metapsicología freudiana es el que permite explicar los aspectos relativos al destino de las cantidades de excitación que se ponen en juego e implican trabajo para el aparato psíquico.

En el conflicto psíquico aparecen fuerzas que se oponen y muestran el funcionamiento de las pulsiones en términos de montos de excitación que se contraponen y aparece la exigencia de tramitar esas cantidades de energía psíquica con la respectiva puesta en marcha de las defensas.

Es a partir del “Proyecto de Psicología” (1895) donde Freud introduce el concepto económico-cuantitativo a la teoría del funcionamiento psíquico, para explicar cómo el organismo reacciona frente al ambiente, cómo opera defensivamente y sus diferentes mecanismos de excitación de fuente externa o interna. O sea, la introducción de un factor cuantitativo: cantidades endógenas y cantidades exógenas a tramitar por el aparato psíquico.

Este aporte que Freud teoriza desde el punto de vista cuantitativo, enfoque económico, tiene como función procesar la cantidad, regular la intensidad y flujo de la excitación. Freud plantea en el artículo citado, la idea de un aparato psíquico en funcionamiento a través de la construcción de un modelo operativo en el que deberá existir una regulación y descarga de estas cantidades. El mismo opera bajo dos principios de funcionamiento, el principio de inercia y el principio de constancia para regular la intensidad y el flujo de excitaciones. Desde este enfoque económico es importante retomar el concepto de trauma.

Es importante destacar que el trauma supone dos tiempos separados por el desarrollo puberal. El desarrollo puberal supone el desarrollo psicosexual. La primera escena acontece en la infancia, la segunda en la pubertad y ahí se cuenta con los elementos para resignificar la primera vivencia traumática.

Freud señala al respecto: “(...) Se descubre que es reprimido un recuerdo que sólo con efecto retardado ha devenido trauma. Causa de este estado de las cosas es el retardo de

la pubertad respecto del desarrollo del individuo”¹⁰. En este sentido el interrogante que surge es: ¿Cuándo una vivencia o acontecimiento deviene traumático?

Para comprenderlo desde la concepción freudiana, se incluye la idea de series complementarias. Freud propone una constitución sexual (vivenciar prehistórico), un vivenciar infantil (predisposición por fijación libidinal) y un vivenciar accidental (traumático) del adulto. El concepto de series complementarias sirve para entender cómo actúan las diferentes factores que pueden ocasionar una neurosis u otro tipo de enfermedades mentales. Las series complementarias se refieren a los siguientes factores:

1° factor: constitución: Lo innato.

2° factor: disposición: Las experiencias infantiles.

3° factor: desencadenante: Situaciones actuales que rompen o perturban el equilibrio.

Cuando Freud conceptualiza la noción de series complementarias incluye lo constitucional, más las experiencias infantiles en lo que se denomina disposición. Es decir los factores constitucionales interactúan con el factor disposicional, y con los los factores desencadenantes o factores actuales.

El sujeto psíquico es el resultado de la organización progresiva de múltiples y complejas interacciones hereditarias, ambientales, biológicas, psicológicas y socioculturales, por lo tanto en cualquier acontecer vital hay permanentes interacciones entre todos sus niveles de organización, y también una potencialidad para su desorganización psicosomática.

Freud retoma el problema del trauma en el artículo “Más allá del principio del Placer” (1920). Tiene allí por objeto de estudio las neurosis traumáticas. Freud ejemplifica la relación de un organismo vivo con su ambiente, mostrando cómo se preserva de las excitaciones externas más potentes con una capa protectora, dejando pasar sólo una cantidad de excitación tolerable. Una perforación de la protección anti estímulo, provocaría lo traumático. Pero el trabajo es también movilizar toda la energía disponible para combatir esta cantidad disruptiva. Es decir, ligar las excitaciones para permitir o bien una descarga o una tramitación, de lo contrario se vuelven traumáticas.

¹⁰Freud, S. (1976): “Proyecto de psicología.” En “Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos de la vida de Freud” [1895]. En Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu editores. (pág. 403)

Por lo tanto no se considera solamente la cantidad y calidad del estímulo que ingresa al aparato sino también la capacidad de ligazón que tiene el sistema. A mayor investidura, se necesitará más recursos energéticos para poder tramitar y ligar psíquicamente. “...Cuanto más alta sea su energía quiescente propia, tanto mayor será también su fuerza ligadora, y a la inversa cuanto más baja su investidura, tanto menos capacitado estará el sistema para recibir energía afluente, y más violentas serán las consecuencias de una perforación de la barrera antiestímulo (...)”¹¹.

Freud en las distintas conceptualizaciones del aparato psíquico se ocupa de fundamentar cómo el aparato psíquico tramita esas cantidades de energía. Este aparato puede o no manejar dichas cantidades, provocando equilibrio o desequilibrio entre sus sistemas o instancias, generando las formaciones de compromiso entre pulsión y defensa, entre la satisfacción de una u otra instancia. De esta estructuración psíquica va a depender como cada sujeto afronte y elabore los distintos acontecimientos que se le presenten en su vida, como ser las aquellas vivencias que requieran de capacidad de elaboración, procesamiento de los estímulos externos o internos en el aparato psíquico. O sea que los diferentes estímulos sean sucesos o vivencias, producirán efectos, que estarán en relación a cómo el aparato psíquico los tramite.

Si bien, Freud va complejizando su teoría sobre el aparato psíquico y su funcionamiento, permanecerá a lo largo de su obra, la idea de que la función del aparato psíquico es administrar y tramitar la cantidad de excitación que recibe tanto desde afuera como desde adentro. Entonces ¿cómo el aparato opera frente a una situación traumática?

En “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), dice Freud que el yo, al desencadenar la señal de angustia, intenta evitar verse desbordado por la aparición de la angustia automática que caracteriza la situación traumática, en la cual el yo se halla indefenso.

A esta angustia la denomina señal de angustia, y la función de la misma es alertar al aparato psíquico para que ponga en funcionamiento los mecanismos de defensa.

El aparato psíquico, como se señaló con anterioridad, está expuesto a excitaciones tanto de origen interno como externo. Si no puede dominar esas magnitudes de cantidad se verá desbordada la capacidad defensiva de dicho aparato, y en tal razón la situación se tornará traumática. Cuando el individuo queda expuesto a excitaciones de origen interno

¹¹ Freud, S (1976): “Mas allá del principio del placer” [1920] En Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires. Amorrortu editores. (pág. 30).

o externo, que no puede dominar y que desbordan la capacidad defensiva del yo, el individuo se encuentra en situación traumática, situación caracterizada por la angustia automática.

Freud establece diferentes tipos de angustia “(...) el yo es la sede de la angustia y sólo el puede experimentarla frente a un peligro real, frente al Ello o al Superyo, dando origen a los tres tipos de angustia, realística, la neurótica y la de la conciencia moral... Ante un peligro se descarga la representación y libera displacer que actúa como señal para el yo (...)”¹².

Freud (1890) presentó desde sus comienzos los afectos como estados anímicos y la participación del cuerpo en ellos, es así que hablo de las expresiones emocionales, de los estados afectivos y de las expectativas angustiadas y esperanzadas. El afecto como estado de ánimo participa en expresiones y exteriorizaciones corporales, además de hacerlo en todos los estados anímicos, tales como los “ procesos de pensamiento “ o el “ pensar en representaciones” , todos ellos, dice Freud, en cierta medida afectivos.

Cuando no se puede conformar una trama de representaciones que otorgue cualidad psíquica a la cantidad de excitación, no hay elaboración posible. La realidad se resiste de ser representada.

Freud (1884) aborda el tema de la angustia, por primera vez en sus investigaciones sobre las neurosis actuales, diferenciando neurastenia de neurosis de angustia. Formula su primera teoría sobre la causa y origen de la angustia, le atribuye a la angustia un origen sexual. Aparecen en las neurosis de angustia excitaciones acumuladas sin vía de descarga, o sea una tensión sexual no descargada se transforma como exceso en angustia. En el caso de la neurastenia ya no es por exceso, sino por déficit, por descarga inadecuada. Los síntomas en las neurosis actuales devienen sólo de un acontecer somático, sin tener en cuenta la ligadura representacional, la elaboración psíquica.

Es en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), donde Freud abandona la primera teoría de la angustia, allí sostiene que la angustia es un decantado de la represión, y propone una nueva concepción de la angustia. Le da un papel protagónico al yo en esta última concepción. Freud sostiene al respecto que “(...) la angustia es la reacción frente a la

¹² Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores (pág. 127)

situación de peligro; se la ahorra si el yo hace algo para evitar la situación o sustraerse de ella (...)”¹³.

Resalta la actuación del yo frente a la amenaza, ya sea como señal de angustia para evitar la situación de peligro o puede quedar desbordado por la excitación sin previo aviso experimentando una situación traumática.

A partir de su segunda teoría de la angustia, Freud señala dos mecanismos productores de angustia, uno por el cual el yo genera una alarma que permite poner en funcionamiento los mecanismos de defensa e indicaría la posibilidad de un trabajo psíquico, y otro donde la cantidad de excitación desborda al yo y aparece la angustia automática, trauma.

En esta segunda concepción de la angustia Freud formula que frente a un conflicto que involucra un peligro, el yo genera angustia que opera como señal, y ésta promueve defensas contra la situación peligrosa, o sea pone el énfasis en el rol del yo frente a las amenazas de peligro y en su capacidad de anticipación.

Ahora bien, el interrogante que surge es cómo caracterizar la angustia. Freud califica a la angustia como un afecto, un afecto displacentero. En este sentido afirma: “(...) los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como una sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos (...)”¹⁴.

Desde el punto de vista clínico, la angustia da cuenta de escenas anteriores, que si bien fueron traumáticas, todavía no se vivenciaron como tal. Sólo se vuelve traumática, cuando una segunda escena resignifica la anterior.

Levin (2007) afirma: “la angustia sería característica de un estado de espera relativo a un peligro no identificado, de tal manera que, aun faltando el reconocimiento del peligro, la angustia manifestaría su proximidad, impidiendo que el sujeto se entregue a un estado de pánico desordenado (...)”¹⁵. Siguiendo los desarrollos freudianos, Levin alude a aquella situación en la existe una expectativa de que se produzca una situación de peligro.

¹³ Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores (pág.122)

¹⁴ Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores (pág.89).

¹⁵ Levin, A. (2007-2008): “El chiste y la angustia: Mafalda ¿Cómo era que eran derechos los derechos humanos?” Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG. (pág. 259-260).

En este sentido, la angustia es un estado afectivo y tiene un carácter evidentemente displacentero, y sólo puede ser registrado por el yo.

Otra función del aparato psíquico es establecer conexiones asociativas entre las excitaciones, o sea ligar, integrar cantidades, energías que confluyen en los sistemas a través de la elaboración psíquica, como es el proceso del pensar. En este sentido, las defensas pretenden poner a operar mecanismos que reduzcan y supriman la posibilidad de poner en peligro la integridad o constancia del aparato.

Freud (1926) habla de defensas, no sólo de la represión, sino también de regresión, formación reactiva, anulación, introyección, proyección, conversión, aislamiento, identificación, vuelta sobre sí mismo, transformación en lo contrario, escisión, etc. Todas éstas operan frente a la angustia.

Frente a situaciones de amenaza o peligro, como puede ser para una mujer embarazada, recibir la información de que su bebé tiene una enfermedad, se producen efectos psíquicos que son de distinta índole. La angustia es una reacción emocional que surge ante situaciones de alarma, es una reacción que se vive generalmente como una experiencia desagradable ya que se presenta, en el mejor de los casos, como una exigencia de trabajo para dar trámite a lo que afecta el psiquismo. Si el sujeto no cuenta con los recursos necesarios para tal fin, devendrá en una situación traumática. El yo, al desencadenar la señal de angustia, intenta evitar verse desbordado por la aparición de la angustia automática que caracteriza la situación traumática, en la cual el yo se halla indefenso.

Es interesante señalar que no todo sujeto psíquico reacciona de igual manera frente a iguales acontecimientos. A veces el psiquismo produce señales de alerta que permiten poner en funcionamiento mecanismos de defensa adecuados y otras veces el aparato psíquico queda anegado por la angustia y el resultado es la pérdida transitoria de las funciones psíquicas.

En el primer caso estaríamos hablando de una “vivencia estresante”, que equivaldría a la angustia señal en Freud, mientras que en el segundo caso sería una “vivencia traumática”, equivalente a la angustia automática de Freud.

D’Alvia afirma: “(...) el individuo actual está permanentemente expuesto a tensiones provocadas tanto por factores externos como internos que, si son metabolizados, se acomodan en un equilibrio armónico. Esta capacidad de resolución de las tensiones se conoce con el nombre de Síndrome General de Adaptación o stress, tensión necesaria

para la vida. La alteración del stress, provoca un estado psicofísico que conocemos como distress, plus de sufrimiento, estado de sobrecarga tensional, o estado de emergencia y desgaste de los mecanismos defensivos como también alteraciones metabólicas marcadas (...)”¹⁶.

Tomando en cuenta estos dos modos de tramitar un acontecimiento, se utilizarán los conceptos desarrollados por Rinaldi (2001) quien diferencia vivencia estresante que equivaldría a cuando se pone en funcionamiento la angustia señal descripta por Freud , de vivencia traumática equivalente al funcionamiento de la angustia automática también señalada así por Freud.

Este autor señala la importancia de tener en cuenta la singularidad de cada sujeto y como utilizará los distintos recursos psíquicos, según sea su historia personal, herramientas con las que cuente y capacidad de elaboración para enfrentar la situación, lo inesperado, en el caso de esta investigación será la enfermedad del bebé. El impacto produce fantasías, culpa, temores que debería ser tramitado, procesado, si no es así se convierte en una situación traumática.

En esta línea de pensamiento se destaca lo teorizado por Winnicott (1993) sobre el concepto de trauma, no sólo referido a los acontecimientos disruptivos, intrusivos, sino también a los efectos traumáticos de lo que fue necesario que estuviera presente en tiempos tempranos y no lo estuvo. Queda así articulado trauma con funcionamiento familiar, subrayando que hay necesidades intrínsecas a la dependencia, como ser la necesidades de los niños que sólo se procesan en un ambiente facilitador. Entonces el trauma se entiende como una intrusión.

Benyakar (1997) dice que la vivencia traumática es un hecho adverso y se pregunta de qué depende que el psiquismo actúe en un caso como estrogénico o como traumatogénico. Dice que la vivencia será estrogénica cuando el hecho adverso produzca una leve desorganización yoica que no alcance a disminuir los adecuados recursos internos de la persona. En el caso que lleve a una importante pérdida de los recursos internos será una vivencia traumática.

Cuando la mujer embarazada recibe la noticia de que su bebé presenta alguna enfermedad, esta información puede funcionar como un estímulo disruptivo para su psiquismo, produciendo un aumento de excitación que el aparato deberá procesar. Este

¹⁶ D’Alvia, R. (2007-2008): “Calidad de vida y sus implicancias en la salud”. Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG (pág.154).

impacto puede representar o bien una situación de estrés o una situación traumática, por eso es importante ver si se puede procesar, ligar este monto de excitación, este exceso y con qué recursos lo hace para evitar que se vuelva situación traumática.

La misma información puede provocar vivencias diferentes según cómo se entrecrucen diferentes factores:

1-Las características de personalidad de la persona (factor genético–adquirido (series complementarias), es decir sus recursos internos.

2-El significado y connotación que cada sujeto y su red de sostén confieran a la información. Esto está muy relacionado con la historia y los antecedentes.

3-El momento evolutivo, familiar, laboral, afectivo, económico, de vivienda, etc.

4-La red de sostén sociofamiliar.

5- La predictibilidad del hecho estresor o traumático.

De la combinación de estos factores resultará un grado de vulnerabilidad emocional.

Las características de la vivencia estresante, siguiendo a Rinaldi son angustia moderada, alerta psíquico, defensa apropiada, síntomas orgánicos transitorios funcionales neurovegetativos. En cambio la vivencia traumática se caracteriza por alto nivel de angustia, sensación de desvalimiento, discontinuidad y desestructuración psíquica, alteraciones corporales (organicidad).

El diagnóstico prenatal de cardiopatía puede ser un impacto significativo para la madre embarazada, de acuerdo a cómo elabore la madre esta situación tendrá una incidencia directa sobre el vínculo primario mamá- bebé.

Capítulo 3: Díada mamá – bebé

El embarazo es una etapa donde la mujer se encuentra muy vulnerable. Los nueve meses de gestación del futuro hijo, son acompañados por un proceso paralelo de gestación psicológica de la futura parentalidad. Dicho proceso no se limita a los meses del embarazo, ya que el vínculo con el hijo se construye lenta y progresivamente sobre la base de relaciones previas con el hijo deseado, fantaseado. El nacimiento biológico y psicológico no coinciden en el tiempo. El nacimiento biológico es cronológico, observable en un tiempo puntual, en cambio el nacimiento psicológico del infante humano se trata de un proceso intrapsíquico de largo desarrollo.

En esta línea de pensamiento, Lebovici, (1988) afirma que estas interacciones se van construyendo desde el embarazo y están determinadas por los fantasmas que connotan el deseo de la maternidad. Plantea a la luz del estudio de las interacciones tempranas entre la madre y el bebé las diferentes representaciones de hijo que se gestan a lo largo del trabajo psíquico del embarazo. Define los conceptos de hijo imaginario, hijo fantasmático e hijo real.

El hijo imaginario es el fruto del deseo del embarazo, que en algunos casos es programado, el mismo posee un gran valor narcisístico, producto de las fantasías conscientes o preconscious. Aparecen preferencias de sexo, nombres posibles, como modo de experimentar la llegada del futuro bebé. Se introduce al futuro bebé en un registro de mandatos transgeneracionales, mandatos que cumplen una importante función en el proceso de parentalidad. Esta noción de hijo, está determinada por los fantasmas que connotan el deseo.

El hijo fantasmático corresponde a una imagen inconsciente que es producto de antiguos deseos de maternidad, originados a partir de los propios conflictos infantiles edípicos de la madre. Indica la naturaleza de la proyección de los deseos inconscientes de la madre sobre el bebé y el hijo real es aquel que los padres tendrán en brazos, que está sumido en la indefensión.

De lo expresado se desprende que el modo en que un bebé será recibido al nacer dependerá de múltiples factores, es decir, no sólo de cómo ha atravesado el embarazo la madre, sino de cómo lo han imaginado su madre y la pareja parental, desde mucho antes de su concepción.

El bebé puede significar diferentes cosas en el posible repertorio representacional materno. El bebé, en tanto objeto de la realidad psíquica materna, puede ser fuente de

placer o de sufrimiento para el psiquismo materno. El hijo imaginado, fantaseado durante el embarazo, puede no coincidir con el hijo gestado, el de la realidad externa.

Por lo tanto, si durante el tiempo del embarazo, la madre recibe la información que su hijo tiene una enfermedad, ésto suscitará una serie de fantasías y temores, que la harán oscilar entre la esperanza y desesperanza, entre el amor y el odio, polaridades emocionales que requerirán ser tramitadas por el psiquismo. Si el niño no se asemeja a lo deseado, a lo fantaseado, si la realidad contradice o distorsiona el deseo, será necesario un trabajo de adaptación .

Al respecto Jaimsky señala: “La realidad psíquica de la madre es profunda, ésto implica que ha recorrido un desarrollo en su proceso madurativo. Es por ello que el hijo forma parte de la realidad objetivamente percibida, se trata de una relación con un objeto “distinto a mí”. Y por lo tanto, en dicha relación se mezcla tanto el amor como la agresividad, el placer y el sufrimiento. El contacto con el bebé puede excitarla pero también la frustra. Ella no debe “comérselo a besos”, ni ser su objeto exclusivo de amor. Una madre suficientemente sexual tolera la ambivalencia afectiva, tolera la frustración y libidiniza (...) la cualidad del cuidado materno se ve influido por el modo en que los procesamientos psíquicos maternos, se ponen en juego en la relación primaria (...)”¹⁷ .

Tomando lo expresado por esta autora, el encuentro de una madre con su bebé está siempre en relación a sus procesamientos psíquicos respecto a la maternidad.

La noticia del diagnóstico prenatal de patología, es un acontecimiento que genera un monto de excitación que el aparato psíquico de una mujer embarazada debe procesar. La información de una patología en el feto, el cual puede presentar futuras discapacidades y hasta la muerte del mismo, es una situación de gran intensidad, no sólo por su carácter inesperado, sino por las tensiones y contenido afectivo que involucra, tanto para la madre, como para el entorno. El modo en que ella pueda tramitarlo, tendrá incidencia sobre el psiquismo del bebé.

Frente al anoticiamiento de que su hijo puede nacer con una patología, puede aceptar progresivamente que ese hijo no concuerda con la imagen esperada. O bien, puede sentir dificultad de enfrentar o rechazar el dolor que le genera.

¹⁷ Jaimsky G. (2008): *Cuerpo y construcción psíquica. La seducción primaria en la relación madre- bebé*. Buenos Aires. Ediciones Continente.(pág. 55).

La mujer embarazada frente al impacto de dicha información puede poner en funcionamiento mecanismos de defensa que le permitan tolerar y morigerar la intensidad emocional que la información le provoca.

Son muchos los autores que enfatizan la función que cumplen los progenitores en la constitución del psiquismo temprano. Entre ellos Winnicott, señala que “(...) es la madre quien echa en la infancia los cimientos de la salud mental del ser humano. La madre aporta un medio dentro del cual, se pueden producir unos procesos complejos, pero esenciales para que el yo del niño pueda completarse”¹⁸.

También señala que para que las madres puedan desarrollar adecuadamente estas tareas, deben encontrarse con sus propios sentimientos y para ello necesitan del apoyo de su medio circundante. Le da gran importancia al entorno y lo considera fundamental tanto para la madre como para el bebé. Un medio facilitador en los inicios, podría capacitar al pequeño para tener un desarrollo emocional saludable. Dadas estas condiciones, serán tareas del infante, bajo el cuidado de una madre “suficientemente buena” adquirir el contacto con la realidad, integración y sentido corpóreo. Por lo tanto es de destacar que para este autor, el bebé depende de manera total de su madre en las primeras fases de su vida.

Cuando Winnicott dice madre “suficientemente buena” se refiere a aquella capacidad de la madre para identificarse plenamente con su hijo en los primeros momentos de su vida. Esta identificación se da de manera espontánea desde las últimas semanas del embarazo hasta un cierto tiempo después del parto. Es una madre que desea a su hijo y tiene la posibilidad psíquica, consciente o inconsciente, de satisfacer ese deseo.

Señala Winnicott respecto de la madre suficientemente buena: “Este término se emplea para describir la dependencia propia de la primera infancia. Implica que en todos los casos los cimientos de la salud mental debe ponerlos la madre, quien, en caso de ser sana, tiene cómo atender a las necesidades de su bebé a cada minuto. Lo que el bebé necesita, y lo necesita absolutamente, no es ninguna clase de perfección en el quehacer materno, sino una adaptación suficientemente buena, que es parte integral de una relación viva en que la madre se identifica temporariamente con el bebé. Para poder hacerlo en el grado necesario, la madre necesita estar protegida de la realidad externa, de modo de poder gozar de un período de preocupación (materna primaria) siendo el bebé el objeto de su preocupación. Para ser capaz de perder este alto grado de

¹⁸Winnicott, D. (1999): Escritos de pediatría y psicoanálisis. [1958].Buenos Aires. Paidós. (pág. 408).

identificación al mismo ritmo en que el bebé transita de la dependencia a la independencia, la madre tiene que ser sana, en el sentido de no ser proclive a una preocupación mórbida”¹⁹.

Se resalta en esta cita una teoría compleja sobre la dependencia propia de la primera infancia. Winnicott describe la fase más precoz de la función materna como un estado muy especial de la madre, una condición psicológica llamada “preocupación maternal primaria”.

La madre que alcanza este estado, aporta un marco en el que las tendencias hacia el desarrollo empezarán a desplegarse y el pequeño experimentará movimiento espontáneo, sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida. Si la madre aporta una adaptación suficiente a la necesidad, la vida del bebé podrá desarrollarse normalmente.

La base para la instauración del yo del niño la constituye la suficiencia de la continuidad existencial, la cual sólo es posible al principio si la madre se halla en el estado sugerido por este autor. Sólo si la madre se halla sensibilizada de este modo podrá ponerse en el lugar del pequeño y así satisfacer sus necesidades. El fracaso de adaptación materna en la fase más precoz, no produce otra cosa que la ruptura de la continuidad existencial y por ende traumas para la construcción del self del pequeño.

Se produce en la mujer una sensibilidad exaltada, casi una enfermedad al decir de Winnicott. Pero este autor advierte que para que ello suceda, la mujer debe estar emocionalmente saludable, para lograr esta sensibilidad, así podrá comprender y adaptarse a las necesidades de su hijo. Por lo tanto si la madre aporta una adaptación suficiente a la necesidad de su hijo, lo preserva de esta manera, en gran medida, de ser perturbado por ataques del ambiente.

Dicho autor lo presenta como un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo, dura unas cuantas semanas después del nacimiento del bebé. Este estado organizado podría compararse con un estado de replegamiento o de disociación. El mismo señala: “No creo que sea posible comprender el funcionamiento de la madre durante el mismo principio de la vida del pequeño sin ver

¹⁹ Winnicott, D. (1993): “Ideas y definiciones “(1950) En *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Buenos Aires. Paidós. (pág. 61).

que la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo"²⁰.

Esta enfermedad normal, al decir de Winnicott, le permite a la madre, adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comienzo de la vida.

En los comienzos de la vida, el ambiente facilitador es la madre, y de ella dependerán los cuidados que pueda prodigarle. El cuidado materno es el que facilita el desarrollo en este estado de total dependencia. Las consecuencias serán diferentes según sean las condiciones favorables o desfavorables. Winnicott afirma que los niños nacen con un potencial que incluye tendencias de crecimiento y desarrollo, un potencial heredado, pero no se podrá desarrollar sin el cuidado materno. Es interesante señalar que este autor considera a este cuidado materno, un cuidado parental, porque incluye al padre para cuidar y sostener a la madre para que pueda cumplir estas funciones. Winnicott expresa que para que una madre pueda "sostener" bien a su hijo debe ella ser bien sostenida, ya sea por su pareja, por su familia, o por su entorno.

El autor citado con anterioridad otorga al "sostén" una trascendencia fundante en el vínculo entre la madre y su bebé. Se refiere no sólo al sostén físico, sino también a la provisión ambiental. Cuando esta acción ha sido bien realizada, permite que el sujeto tenga existencia.

Winnicott describe tres funciones maternas respecto al desarrollo emocional primitivo:

- el sostenimiento o sostén (holding),
- la manipulación o manejo (handling), y
- la presentación objetal (objet-presenting).

La función del sostenimiento es un factor básico del cuidado materno, que facilita la integración psíquica del infante.

Winnicott considera que en los primeros momentos de la vida, el ambiente está constituido por la madre. A ella le otorga la responsabilidad de la estructuración del aparato psíquico de su hijo, de su desarrollo físico, emocional y mental.

Los fracasos de la mujer al ejercer sus funciones maternas, producen reacciones, producen interrupciones en la continuidad existencial del bebé. Es fundamental para el desarrollo del self que la continuidad existencial no se vea interrumpida por reacciones ante los ataques. Continuidad que sólo se da si la madre puede transitar por ese estado

²⁰ Winnicott, D. (1999) "Preocupación maternal primaria" En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. [1958]. Buenos Aires. Paidós. (pág.3).

de sensibilidad exaltada que menciona Winnicott. El fracaso de la adaptación materna en las fases más precoces del niño no produce frustración, sino que para este autor, produce aniquilación del self del niño, es decir lo siente como una amenaza a su existencia personal.

Winnicott según lo observado en su labor pediátrica y psicoanalítica, estuvo en condiciones de afirmar que si se dan estas condiciones de cuidado en la primera fase, es probable que los factores constitucionales se desarrollen con normalidad. En cambio cuando no hubo una provisión inicial satisfactoria, el self no puede desarrollarse. Esto es muy importante porque según cómo se desarrollen estas etapas tempranas, se marcará en gran medida, cómo será el devenir del sujeto.

Es necesario tener en cuenta que fundamentalmente es en la subjetividad de la madre donde se asientan las condiciones de partida.

Las características estructurales de la personalidad de la madre, permitirán evaluar sus posibilidades de poner en funcionamiento defensas adecuadas para elaborar la situación. Lograr un estado anímico lo suficientemente bueno como para alcanzar la llamada “preocupación maternal primaria”, resulta importante para todo bebé y en particular para niños, que al nacer con patología cardíaca serán sometidos irremediabilmente a una serie de prácticas médicas complejas e internaciones prolongadas.

El interrogante que surge es cómo influye en la relación madre-bebé la detección temprana de patología, más específicamente la patología cardíaca.

Dado los avances tecnológicos, en la actualidad es posible detectar patologías prenatales, intraútero, lo cual permitiría al psiquismo de los padres, un tiempo para prepararse y así poder anticipar (pensar), las condiciones en que van a recibir al bebé. Este tiempo de anticipación, posibilita que el nacimiento de un bebé con patología cardíaca no devenga necesariamente en situación traumática.

Asímismo, es importante detectar cuáles son las coordenadas de estructuración del psiquismo de la madre, puesto que a mayor fragilidad en la constitución psíquica, mayor posibilidad de que el nacimiento del bebé con una enfermedad, devenga en situación traumática.

El estado emocional de la madre es fundamental, ya que como dice Winnicott es esencial tomar en cuenta la conducta y la actitud de la madre, porque la dependencia del bebé es real y casi absoluta.

El bebé, por su desvalimiento inicial requiere necesariamente de la presencia de la madre o quien ejerza esa función, para su alimentación nutritiva y afectiva.

“Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. La sobrestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista, ya en el caso de la elección de objeto, gobierna, como todos saben, este vínculo afectivo. Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones (para lo cual un observador desapasionado no descubriría motivo alguno) y a encubrir y olvidar todos sus defectos (...)El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. “His Majesty the Baby” como una vez nos creíamos.”²¹.

Tomando lo expresado por Freud, se puede señalar, que la enfermedad de un bebé, que ha sido investido narcisísticamente como hijo ideal, afecta a los padres en ese plano narcisista e interfiere en los procesos identificatorios, ya que la imagen del bebé deseado no se corresponderá con el bebé de la realidad.

Los cuidados maternos prodigados al hijo expresarán sus contradicciones, así como sus conflictos.

Entre estos cuidados, podemos citar el amamantamiento. Winnicott da mucha importancia a las primeras lactaciones y cómo se establece ese vínculo entre la madre y su hijo. Si no se manejan adecuadamente, si hay fallas, pueden causarle al bebé grandes perturbaciones

Desde esta teoría, se considera que al mamar, el bebé está listo para crear y la madre le posibilita tener la ilusión de que el pecho y lo que éste significa, ha sido creado producto de la necesidad. Si la madre no es “suficientemente buena”, el bebé pierde la posibilidad de alcanzar la capacidad para una relación excitada con los objetos. Es decir primero la ilusión y luego paulatinamente la desilusión. Si todo marcha bien, al decir de este autor, el infans vive la ilusión de crear el pecho, una experiencia de omnipotencia que, gradualmente la madre al presentar la realidad devendrá en dosis de desilusión.

²¹Freud, S (1999): “Introducción al narcisismo” [1914]. En Obras Completas. Tomo XIV. Amorrortu editores (pág. 87-88).

Cuando la mamá amamanta a su niño se puede observar en ese acto, una doble significación para ella: Por un lado es el bebé su objeto de deseo y por otro lado aparece una evocación o actualización de toda una fantasmática, como ser los deseos conscientes e inconscientes, conflictos internos, los procesos defensivos inscriptos en su historia, etc. La madre vive en el contacto con su hijo, sus relaciones más arcaicas. El niño será mucho más que el representante pulsional de la madre, será también superyó e ideal del yo materno.

Se ha descrito claramente los primeros encuentros entre el bebé y la mamá como constituyentes del aparato psíquico. El psiquismo del niño se constituye en los encuentros con su madre. El psiquismo del bebé no existe desde el comienzo, será función de la madre asistirlo e ir procesando las tensiones corporales, posibilitando la constitución de su subjetividad.

La construcción de la subjetividad, requiere del encuentro con la subjetividad ajena, la presencia de la madre o sustituto significativo.

Para concluir, se enfatiza que es en la relación temprana donde se gestan los cimientos psíquicos del infans. En este sentido el psiquismo materno y su grado de vulnerabilidad serán de relevancia para el futuro desarrollo del bebé.

Capítulo 4: Vulnerabilidad psicosomática

4. 1 - Constitución del aparato psíquico

Para poder definir el concepto de vulnerabilidad, se describirá en primer término cómo se constituye el aparato psíquico siguiendo los desarrollos freudianos.

El aparato psíquico se va estructurando desde las primeras experiencias de satisfacción. Dichas experiencias tendrán por objetivo cancelar el estímulo interno, o sea la necesidad. Esta vivencia quedará asociada a una huella mnémica que investirá el recuerdo de esa experiencia, para calmar ese dolor y restablecer así la situación de satisfacción primera.

Freud afirma en *Duelo y Melancolía* (1917) que si el yo no puede realizar sus funciones, la tensión provocada por las pulsiones irá en aumento, y ésto será vivido como un sufrimiento. Estas situaciones dolorosas en las que el yo no ha podido suprimir el displacer son las situaciones traumáticas.

Se puede comprender el sufrimiento psíquico como un aumento del displacer relacionado con tensiones no resueltas. Estas tensiones pueden ser procesadas a través de la palabra, a través del proceso de ligadura entre la representación cosa y la representación palabra.

Freud describe: (...)“Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan unos símbolos mnémicos(...)”²².

Este autor indica el acto del nacimiento como primera vivencia individual de angustia. En esta línea de pensamiento, señala :”(...) la primera vivencia de angustia, al menos del ser humano, es la del nacimiento, y éste objetivamente significa la separación de la madre, podría compararse a una castración de la madre (de acuerdo con la ecuación hijo=pene) (...) el nacimiento no es vivenciado subjetivamente como una separación de la madre, pues ésta es ignorada como objeto por el feto enteramente narcisista (...)”²³.

Es importante destacar que Freud señala que lo que opera como causa de la angustia es el desvalimiento.

Freud afirma: “El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y ésta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una

²² Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores. (pág. 89).

²³ Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores. (pág. 123-124).

acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar (...)²⁴”.

Entre las necesidades principales que originan estímulos endógenos, que requieren descarga, se encuentran al hambre, la respiración y la sexualidad. Esa descarga exige “la alteración del mundo exterior”, trabajo del cual no es capaz el bebé, para lograrlo necesita del auxilio ajeno. Freud describe así, el desvalimiento inicial del ser humano.

La angustia más originaria es la angustia primordial del nacimiento. La teoría freudiana pone en relación la angustia primordial del nacimiento con las situaciones en que el bebé siente insatisfacción por el aumento de tensión que le producen sus necesidades, situaciones de las que se siente impotente. Al respecto Freud señala: “(...) Cuando el niño añora la percepción de la madre, es sólo porque ya sabe, por experiencia que ella satisface sus necesidades sin dilación. Entonces, la situación que valora como “peligro” y de la cual quiere resguardarse es la de la insatisfacción, el aumento de la tensión de necesidades, frente al cual es impotente (...) la situación de insatisfacción, en que las magnitudes de estímulo alcanzan a un nivel displacentero sin que se las domine por empleo psíquico y descarga, tiene que establecer para el lactante la analogía con la vivencia del nacimiento, la repetición de la situación de peligro; lo común a ambas es la perturbación económica por el incremento de las magnitudes de estímulo en espera de tramitación; este factor constituye, pues, el núcleo genuino del peligro. En ambos casos sobreviene la reacción de angustia, que en el lactante resulta ser todavía acorde al fin, pues la descarga orientada a la musculatura respiratoria y vocal clama ahora por la madre, así como antes la actividad pulmonar movió a la remoción de los estímulos internos(...). Con la experiencia de que el objeto exterior aprehensible por vía de la percepción, puede poner término a la situación peligrosa que recuerda el nacimiento, el contenido del peligro se desplaza de la situación económica a su condición, la pérdida de objeto. La ausencia de la madre deviene ahora en peligro; el lactante da la señal de angustia tan pronto como se produce, aun antes que sobrevenga la situación económica temida (...)”²⁵.

²⁴Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores. (pág. 77).

²⁵ Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores. (pág. 130)

En esta cita se observa cómo Freud describe a la angustia, tanto sea como fenómeno automático o como señal de socorro, como producto del desvalimiento psíquico del lactante, que originariamente es un desvalimiento biológico.

En esta línea de pensamiento Freud ubica el peligro de desvalimiento psíquico a la inmadurez del ello y en este sentido plantea:

“ (...) El peligro del desvalimiento psíquico se adecua al período de la inmadurez del yo, así como el peligro de la pérdida de objeto a la falta de autonomía de los primeros años de la niñez, el peligro de castración a la de la fase fálica y la angustia frente al superyó al período de latencia”²⁶.

Si el peligro se presenta, o sea, si se produce una situación análoga a la del nacimiento, en el que yo queda desvalido frente a la exigencia pulsional, y el yo no alerta a la instancia placer-displacer no puede hacer frente al peligro. Si no utiliza la angustia como señal, el displacer amenazará el proceso pulsional. Freud llamará situación traumática a una situación de desvalimiento vivenciada. En tanto, llamará situación de peligro a la expectativa de que se produzca una situación de desvalimiento, o que la situación presente recuerde vivencias traumáticas ya experimentadas, en este caso opera la angustia señal.

En síntesis, Freud llamará situación traumática a una situación vivenciada de desvalimiento. En cambio, llamará situación de peligro, a aquella situación en la que existe una expectativa de que se produzca una situación de desvalimiento, o bien la situación presente se ponga en relación a vivencia traumáticas ya experimentadas, en estos últimos dos casos opera la angustia señal.

En este sentido, se puede afirmar que la angustia automática es una situación traumática y ésta es esencialmente una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación que aquel no puede tramitar, produciendo distintos efectos de desvalimiento psíquico.

4. 2 – Vulnerabilidad

²⁶ Freud, S (1976): “Inhibición, síntoma y angustia” [1926]. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores.(pág. 134)

El estudio de la vulnerabilidad en la que se encuentra un sujeto proclive a enfermar, ha adquirido importancia dentro de las problemáticas que ocupan al psicoanálisis actual, y en particular dentro del campo de la psicósomática.

El término "vulnerabilidad" proviene del latín *vulnus*, que significa herida, y en su uso amplio alude a fragilidad o posibilidad de ser dañado (por ejemplo, vulnerable al frío). Como noción general es usado como tendencia o factores de riesgo (por ejemplo, vulnerable a padecer una enfermedad coronaria, si existe tabaquismo)

De este modo esta noción se relaciona con el concepto de "disposición" que Freud describe en las series complementarias.

Freud utiliza este término para explicar la etiología de las neurosis y superar la alternativa entre factores endógenos o exógenos. El factor constitucional o sea lo innato, interactúa con el factor disposicional y el desencadenante. Estos factores son complementarios.

Zukerfeld y Zukerfeld (1990) describen el constructo "vulnerabilidad", desde una perspectiva psicoanalítica, como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico que se manifiesta clínicamente en la precariedad de recursos yoicos para procesar la actividad fantasmática y enfrentar sucesos vitales, y por la tendencia al acto - descarga. Explican que la vulnerabilidad sería dependiente de la historia singular de acontecimientos traumáticos, de la condición de calidad de vida alcanzada y en particular de las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos

También Zukerfeld (1999) plantea que para que algún suceso se le adjudique eficacia traumática se necesitan tener en cuenta en última instancia:

- a) que fracasen las estrategias adaptativas (uncoping), y que se produzcan incrementos de tensión sin posibilidad elaborativa. Este fracaso puede darse tanto por agotamiento de la capacidad defensiva, cuando se produce una sucesión de hechos significativos o también, en el caso de que el suceso en sí posea un fuerte impacto traumático (atribución personal)
- b) que carezca de red de sostén externa e interna que pueda actuar como objeto auxiliar en función paraexistativa.

El constructo vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad, no todos los sujetos vulnerables enferman, ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. La

mayor o menor vulnerabilidad de un sujeto, depende de la relación entre historia y actualidad traumática, así mismo como del sostén vincular.

Este constructo es un articulador interdisciplinario. Se trata de una noción que conjuga desarrollos del psicoanálisis actual, con los de otras disciplinas, con el objetivo de integrar y armar enlaces entre las disciplinas, para alcanzar respuestas más integradoras a enfoques que requieren múltiples visiones.

Este constructo es operacionalizable y evaluable, de modo tal que puede ser utilizada en la actividad clínica y en la investigación sistemática en psicoanálisis y ciencias de la salud.

Este constructo para Zukerfeld (1999) se diferencia de la clásica noción de disposición determinista, que alude a una suerte de tendencia definida, siendo en realidad, más una probabilidad que puede cambiar de signo en determinadas circunstancias asociadas a nuevos vínculos intersubjetivos o nuevos ambientes facilitadores.

4.3 -Vulnerabilidad psicosomática

El constructo Vulnerabilidad Psicosomática es definido por D' Alvia (1991) como la expresión de un soma que, ante las alteraciones psíquicas funcionales se encuentra desprotegido y librado a recibir y descargar incrementos de excitación por los canales de menor resistencia, condicionados por factores biológicos, genéticos o hereditarios. Cabe destacar en esta definición, un interjuego entre los factores constitucionales y disposicionales del sujeto.

Rinaldi (2001) concibe el concepto de vulnerabilidad como predominantemente psicológico; es un término predictivo, que designa un estado de disminución de las defensas psicobiológicas que predispone a la disfunción, al trastorno o la enfermedad. Por lo tanto propone pensar en grados de vulnerabilidad psicosomática, según sea el riesgo emocional.

Maladesky en su tesis: “Proyecto de investigación de factores de riesgo somático y psíquico y desarrollo de un programa de prevención en psicosomática” (2007) plantea detectar y sistematizar alteraciones funcionales del desempeño psíquico y su posible organización en representantes eficaces que actúen como indicadores de factores de

riesgo de enfermar. Afirma que, sistematizados y codificados darían como resultado posible el constructo de “vulnerabilidad psicosomática”.

En este sentido se podrían considerar los mismos como indicadores preventivos del proceso de enfermar. Este último autor, agrega a estos indicadores, evaluar el estado físico actual del individuo, junto con los factores hereditarios personales, su historia, la red vincular con el medio familiar, social y laboral, su calidad de vida, pérdidas objetales recientes o pasadas.

Para Maladesky (2007) la vulnerabilidad está condicionada por la incapacidad funcional de la psique en su tarea de transformación de la energía psíquica. Sostiene que es un estado de indefensión que se caracteriza por “pobreza psíquica”, por el desempeño deficitario de funciones secundarias, que deja al sujeto en un estado de déficit o carencia funcional necesaria para el afrontamiento de las experiencias vitales; es un estado donde reina la energía pulsional no ligada, ni transformada, un predominio del sin sentido propio del proceso primario, la cantidad sin transformación en cualidad y significación, tendiente a la descarga pura.

Este autor define “Vulnerabilidad psicosomática” como “la expresión de un soma que, ante las alteraciones psíquicas funcionales anteriormente detalladas, se encuentra desprotegido y librado a recibir y descargar los incrementos de excitación por los canales de menor resistencia, condicionados por factores biológicos, genéticos y hereditarios”²⁷. En esta línea de pensamiento llamará Prevención en Psicología al: “conjunto de conocimientos tanto teóricos como los provenientes de la experiencia clínica que pueden utilizarse para determinar indicadores hábiles de niveles de riesgo de enfermar conceptualizados como estados de vulnerabilidad psicosomática que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas tendientes a reducir, en una población determinada, la duración e intensidad de los trastornos que se presentan y así disminuir el deterioro que pueda resultar de estos trastornos”²⁸.

La hipótesis de su investigación es que estos factores caracterizados como “predisponentes” del proceso del enfermar, debidamente evaluados y sistematizados configurarían lo que se denomina “vulnerabilidad psicosomática”, pudiendo ser

²⁷Maladesky, A. (2007-2008): “Proyecto de investigación de factores de riesgo somático y psíquico y desarrollo de un programa de prevención en psicología”. Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG. (pág. 31)

²⁸Maladesky, A. (2007-2008): “Proyecto de investigación de factores de riesgo somático y psíquico y desarrollo de un programa de prevención en psicología”. Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG. (pág. 34)

tomados como factores de riesgo desencadenantes de trastornos funcionales o enfermedades somáticas pasajeras o crónicas. Estos indicadores devendrían útiles para la confección de programas de prevención, es decir anticipadores del proceso de enfermar y también capaces de modular las condiciones de agravamiento y cronificación de enfermedades ya declaradas.

Maladesky (2007-2008) plantea un modelo de sistematización y cuantificación de estos indicadores que permitirían establecer distintos niveles de vulnerabilidad psicosomática. Agrega que estos indicadores deben estar en interrelación con los factores hereditarios, congénitos y biológicos para establecer estrategias anticipatorias y preventivas.

El carácter traumático de una vivencia será según sea la estructura psíquica de la madre que posibilite o no elaborar esta situación, pero no sólo su estado emocional sino también el ambiente.

El carácter traumático de una vivencia será según sea la estructura psíquica de la madre que posibilite o no elaborar esta situación, pero no sólo su estado emocional sino también el ambiente. El acontecimiento traumático desencadena por parte del yo, una defensa patológica en lugar de las defensas normales habituales utilizadas frente a cualquier acontecimiento penoso. Los factores enunciados por Maladesky en su tesis, resultan de utilidad para evaluar el riesgo emocional en la mujer embarazada.

D'Alvia refiere: “Si se incrementa la tensión, o si la abreacción de la descarga no es suficiente, el individuo siente sensaciones de sobre esfuerzo y displacer, que se vehiculizan como excitación generalizada, sufrimiento, turbulencia, hostilidad. Este displacer tiene un límite en el aparato mental y funciones reguladoras internas como el “principio de constancia“. Estos límites van a tender a mantener la cantidad de excitación en el nivel más bajo posible (inhibición, reducción de tensión endosomática). Esta constancia se obtiene mediante la organización de la descarga de la energía o mediante la evitación del objeto que la provoca o a través de variadas formas defensivas. Estas defensas abarcan una serie de mecanismos que en la evolución filogenética van adoptando distintas formas, transformaciones en lo contrario, vuelta contra sí mismo, represión, negación, desmentida, proyección, disociación, escisión y evitación. Este conjunto defensivo le permite al individuo en su desarrollo ir creando adaptaciones útiles para el desarrollo del yo.

Si estas defensas se estereotipan y se emplean inadecuadamente, el individuo sufre una serie de síntomas psíquicos y/ o somáticos, que le generan disturbios en su armonía

psicosomática”²⁹. Para este autor : “Si el desborde energético no puede ser controlado por el aparato mental , sobrevienen consecuencias corporales a nivel de excitaciones sensoriales (trastornos neurovegetativos funcionales) o en términos más organizados como síntomas corporales sostenidos (organicidad) (...) la carga energética de la pulsión que no queda inscrita mentalmente (ligada a la representación psíquica) , siempre tiende a la descarga. En este camino abreactivo de descarga involuntaria produce sensaciones subjetivas (frío, calor, hambre), que si se ligan a representaciones de palabra en el sistema preconsciente, quedan nominadas como sentimientos (amor – odio-angustia- miedo, etc.)”³⁰ .

Este complejo afectivo, que incluiría sensación – sentimiento, D’Alvia (1991) lo relaciona con estrés. Entonces, tomando lo expresado por estos autores se puede señalar que habría una relación entre:

- a mayor ligadura, menor vulnerabilidad.
- a menor posibilidad de ligar la descarga, de poner en funcionamiento mecanismos adecuados de defensa, mayor vulnerabilidad.

El concepto de ligadura hace referencia a la distinción señalada por Freud entre proceso primario y secundario. En el proceso primario, la energía se encuentra libre o móvil, en la medida en que fluye hacia su descarga del modo más rápido y más directo posible. En el proceso secundario se encuentra la energía ligada, en la medida en que su movimiento hacia la descarga se halla retardado y controlado. Dicho flujo energético está sometido al principio de realidad, en el caso del proceso primario se rige por el principio de placer.

La capacidad de ligadura se hace evidente en distintos procesos mentales, entre ellos el del pensar. Es decir, la capacidad de pensar, implica la ligadura de las representaciones palabra. La energía psíquica liga una representación cosa a una representación palabra que represente a aquella y así puede continuar relaciones con otra representación palabra, pertenecientes al mundo del pensamiento y lograr moderar mediante esta tramitación inhibitoria el pasaje a la acción, es decir la descarga inmediata.

La palabra no sólo tiene la función de permitir comunicarse con otros, sino que cumple una función muy importante en tanto procesamiento de los procesos internos, función

²⁹ D’Alvia, R. (2007-2008): “Calidad de vida y sus implicancias en la salud”. Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG (pág. 158)

³⁰ *Ibidem* (pág. 159)

fundamental ya que permite dar cualidad a los procesos pulsionales, y hacer consciente lo inconsciente. La palabra posibilita enlaces que permiten la organización de las representaciones.

La capacidad de pensar está íntimamente relacionada con la tolerancia a la frustración, o sea la incapacidad de tolerar la frustración evita la capacidad pensamiento.

En función de lo desarrollado en este capítulo y relacionando lo expresado por los distintos autores se puede afirmar que el pensar, es decir la capacidad de realizar el proceso de ligadura es propio de las situaciones de vulnerabilidad psicosomática baja.

Capítulo 5: Análisis e interpretación de los datos.

El problema de investigación que dio lugar a esta tesis es:

¿Cuáles es el impacto emocional de recibir el diagnóstico prenatal de patología cardíaca en la mujer embarazada, específicamente en un grupo de siete mujeres de entre 25 y 40 años que se atienden en instituciones médicas de la Ciudad de Buenos Aires?

A fin de resolver dicho problema, se procederá a realizar un tipo de investigación descriptiva, puesto que el objetivo es explorar y describir las características del impacto emocional en la mujer embarazada, al recibir la información de que el bebé presenta una patología cardíaca, en un marco de vulnerabilidad psicosomática alta o baja.

El diseño que se eligió es de carácter cualitativo, pues se procedió al análisis del relato de las entrevistadas.

La muestra está conformada por siete entrevistadas.

La selección de la muestra fue realizada en las siguientes condiciones:

El cardiólogo que realiza el ecocardiograma fetal, detecta a las embarazadas con patología prenatal y es él quien sugiere y contacta con las que a su modo de ver, aceptarían tener entrevista con una psicóloga de su equipo, explicando que la misma está trabajando sobre el tema de patologías prenatales. Por lo tanto la entrevista con la psicóloga es una sugerencia a algunas de sus pacientes, no es un requisito. De esa selección sólo algunas aceptan finalmente realizar la entrevista.

Las entrevistas se realizan luego del segundo o tercer control ecográfico con este equipo médico especializado en patologías cardíacas.

Si bien la entrevista se realiza a las mujeres embarazadas, algunas de ellas acudieron a la entrevista acompañadas del papá del bebé.

Es importante aclarar, que a la entrevista con la psicóloga, no llegan la totalidad de los padres que han recibido la noticia que su bebé nacerá con patología cardíaca. La población es mucho más amplia que el grupo seleccionado al cual se lo invita a participar. El recorte de la muestra se hace solamente sobre los casos que aceptaron realizar la entrevista, no pudiéndose contemplar aquellos casos que por distintas razones han declinado a participar.

Antes de realizar las entrevistas, se les solicitó a las futuras madres que firmen un consentimiento informado (anexo 5), como requisito para poder participar de esta investigación.

A partir de los relatos de las entrevistadas se tomaron los siguientes indicadores de vulnerabilidad psicosomática:

- Registro de emociones.
- Tipo de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.
- Recursos para enfrentar las emociones (en forma inmediata y con posterioridad).
- Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.
- Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.
- Criterio de realidad frente a la información recibida

Análisis de datos obtenidos en el cuadro Nro. 1

1)

Del relato de la primera entrevistada se pueden observar recursos propios para enfrentar la dificultad de su situación, por ejemplo puede pensar a partir de lo conocido en su profesión (trabaja con discapacidad). Refiere discriminar su situación de la discapacidad en general.

Presenta vínculos de sostén, ya que comparte la información de la patología de su bebé con sus familiares. También acepta conversar con la psicóloga después de la entrevista expresando sus preocupaciones. Puede discriminar con quién compartir y con quién no sus inquietudes. Es decir busca el contacto vincular, arma redes que le permitan expresar sus emociones y sentirse contenida.

Se observa que frente a la angustia de muerte no pierde la esperanza, pero tampoco se ilusiona en exceso. Si bien no puede imaginar a su bebé, tampoco lo niega. Regula la conexión con su bebé para evitar una posible desilusión con alto sufrimiento yoico. Cabe señalar que la entrevistada atraviesa un contexto de enfermedad del padre.

Se concluye que ante las dificultades que presenta no ha perdido la capacidad de pensar y discriminar. Puede reconocer la angustia.

En esta entrevistada en función del análisis de los datos se infiere que ante el impacto de la información no se ha visto afectada su capacidad de procesar, de pensar, pudiendo a partir de sus recursos y el sostén de las figuras significativas (marido , equipo médico)ha podido conservar la idea de formar una familia.

Del análisis de los indicadores señalados se infiere que la entrevistada presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de

vulnerabilidad psicosomática baja. De lo explicitado se concluye que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

2)

En el relato de la segunda entrevistada se observa que se refiere a la posible patología del bebé como un impedimento para disfrutar el embarazo, de lo que se infiere una dificultad para aceptar la situación. Se observa el uso de mecanismo de defensa de racionalización para explicar cómo debe actuar con sus otros hijos. Presenta un pensamiento mágico que le impide seguir indagando y acercándose a la información.

Se define como reservada, no le gusta el chismerío, no refiere figuras de sostén en el ámbito familiar. Si bien valora la calidad del equipo médico, ante la existencia de recursos ofrecidos no los acepta. Tampoco acepta conversar con la psicóloga después de la entrevista.

Por lo tanto se observa que la entrevistada presenta dificultades para conectarse con la información brindada por los médicos y poder de esa manera, anticiparse a los efectos traumáticos y procesar lo que le está pasando.

A través del relato de esta entrevistada se infiere que no opera la angustia señal, no pone en funcionamiento defensas y proceso de ligadura, operando predominantemente la disociación afectiva.

En función del análisis de los datos de esta entrevistada, se infiere una mayor incidencia del impacto traumático debido a un déficit en los vínculos de sostén, en los recursos propios y en la incapacidad de aprovechar los recursos brindados por los otros.

Del análisis de los indicadores se infiere que la entrevistada presenta todos los indicadores de vulnerabilidad psicosomática alta.

3)

En el discurso de la tercera entrevistada se infiere que presenta vínculos de sostén, dado que comparte la información con sus familiares y amigos. Puede discriminar y elegir compartir con su círculo íntimo sus preocupaciones. Acude acompañada del marido a la entrevista y acepta conversar con la psicóloga después de la entrevista y desea preguntar sobre sus otros hijos y la situación conflictiva que atraviesa. Si bien por momentos duda de la importancia de tener la información con anticipación, demuestra que tiene registro de su problemática y de la necesidad de sostén en los otros significativos para tramitar la misma.

Le cuesta imaginarse a su bebé, duda de sus propios recursos pero reconoce necesitar a los otros para apoyarse.

La entrevistada recibe la información de la patología de su bebé en un contexto de enfermedad en el seno de la familia, dado que hacía poco tiempo su suegro, abuelo de sus hijos, tuvo una cirugía grave.

A modo de conclusión podemos decir que esta entrevistada ante las dificultades que se le presentan reconocer la angustia, puede procesar, pensar y sostenerse en los otros.

Este es un caso, en función del análisis de los datos donde se infiere que ante la situación de impacto emocional puede expresarse y compartir con sus vínculos de sostén.

Del análisis de los indicadores se infiere que la entrevistada presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. De lo explicitado se concluye que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

4)

La cuarta entrevistada relata que presenta un embarazo gemelar con lo cual se amplifica la intensidad de sus emociones. Tiene antecedentes de haber atravesado situaciones médicas complejas, ya que han realizado tratamientos de fertilización asistida. A pesar de esto, dice estar preparada para los resultados negativos, para hacer frente a los obstáculos. Refiere contar con vínculos de sostén, puede compartir la información y se siente acompañada. Acude a la entrevista con el marido y comenta que buscaron apoyo en un sacerdote siguiendo sus creencias.

Es importante destacar que la entrevistada señala que tiene miedo, que está asustada, pero la expresión del miedo permite inferir procesamiento yoico.

Refiere que el “contar” es para evitar la sorpresa y poder llegar de esta forma a un “parto feliz”. El poner en palabras cumple una función evitativa.

Si bien expresa que “no se imagina al bebé”, sin embargo le están armando un álbum de fotos que comienza con las imágenes de la ecografía que muestran en la entrevista. Imagina poder amamantar a su bebé, acto que además de ser alimento implica afecto. Se infiere su deseo de poder establecer un vínculo amoroso con su bebé.

La preocupación de la entrevistada está ligada a pensar situaciones de desvalimiento, como ser una cirugía que pueda requerir el bebé.

Del análisis de los indicadores señalados se infiere que la entrevistada presenta dos indicadores de vulnerabilidad psicosomática alta (contexto y poner en palabras), presentando cuatro indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. Se puede concluir que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

5)

En el discurso de la quinta entrevistada se observa que presenta vínculos de sostén, comparte la información con sus allegados y se siente acompañada. Acude a la entrevista con el padre del bebé, aclarando que si bien están separados, están juntos en esta situación.

Reconoce su angustia y lo difícil de tolerar la incertidumbre del diagnóstico de su bebé. Señala que le sirve llorar como modo de descargar la intensidad de sus emociones.

Se observa la necesidad de tener información sobre el problema de su bebé. Podría pensarse, que poseer la información le va a dar recursos para la toma de decisiones, no dejando esto en las manos exclusivamente de los médicos.

Refiere que puede imaginarse a su bebé, pero no se ilusiona en exceso, tiene miedo, reconoce sus angustias. Desea amamantar pero reconoce y puede pensar acerca de sus miedos de no poder hacerlo.

La entrevistada presenta capacidad de anticipación, preguntándose ante posibles dificultades de orden emocional y físico que pueda padecer su bebé, de manera tal de estar preparada para los obstáculos que se presentarán. Tiene registro de la dificultad, pues pregunta por el modo de abordar el tema del problema del bebé con su hijo mayor, quien por otra parte, ya intuye respecto de las posibles complicaciones en la salud de su hermano, ya que pregunta que es un paro cardíaco y habla de la muerte.

Del análisis de los indicadores expuestos se infiere que la entrevistada presenta todos indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja.

6)

Del relato de la entrevistada número seis se infiere que es muy importante para ella estar cerca de sus vínculos significativos y ser atendida por un equipo médico confiable. Comenta haberse trasladado a Buenos Aires, donde vive su familia para sentirse más contenida, ya que actualmente reside en el interior del país con su marido.

Presenta antecedentes recientes traumáticos, falleció su padre lo que implica que recibe la información de la patología de su bebé en un contexto de duelo y se muestra más sensible ante los temas médicos.

En la medida que sus figuras significativas, familiares y amigos se constituyen en sostén, puede pasar del enojo a poder instrumentar recursos propios que le permitan enfrentar la noticia de la enfermedad de su bebé.

Si bien puede imaginarse a su bebé, dicha imagen se ha transformado a partir que recibió la información médica acerca de las condiciones de su bebé. La transformación consistió en pasar de imaginárselo gordito (saludable) a chiquito por el bajo peso. Dado que la entrevistada es de contextura grande y presenta sobrepeso, el imaginarse a su bebé gordito, le permitiría considerarlo como semejante a ella, propio. En tanto que el bebé sea chiquito implica un trabajo de reconocimiento, del cual la entrevistada es consciente.

Del análisis de los indicadores propuestos, se infiere que la entrevistada presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. De lo explicitado se concluye que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

7)

En el relato, se observa que la séptima y última entrevistada expresa mucha ansiedad y angustia. (Llora durante la entrevista). Señala que la información de la patología de su bebé cambió su emocionalidad. Dice que le “robaron la felicidad”. Sin embargo, puede tomar la sugerencia del equipo médico para pensar, para discriminar y no sentirse avasallada por la noticia de la enfermedad de su bebé. Utiliza los recursos médicos ofrecidos para transitar esta situación “con esperanza” y salir de “una sensación de estar en duelo”. Es decir expresa su necesidad de sentirse contenida y tolerar la angustia que la situación le genera.

Refiere tener vínculos de sostén y los señala como otro recurso disponible para apoyarse.

Cabe señalar que reciben la noticia del problema del bebé en un contexto de alta emocionalidad, el año pasado perdió un embarazo y están atravesando una mudanza y reformas en la nueva casa.

Señala que para ella es muy importante el modo en que le dan la información y que el contenido de la misma sea lo suficientemente completo como para saber qué hacer. Lo cual demuestra que para ella tener los datos claros es necesario para poder procesar el impacto de la situación y poder pensar y anticiparse a la misma.

Registra tener sensaciones del bebé y al verlo en la ecografía lo encuentra parecido al papá, de lo dicho se infiere que éste es un modo de alojar al bebé en el seno de la familia.

Expresa sus emociones, se angustia y llora, se preocupa por la posibilidad de poder amamantar a su bebé. Puede poner en palabras lo que siente, esto implica una capacidad de ir tramitando el impacto del diagnóstico recibido.

Esta entrevistada no se dejó arrasar por la angustia automática de los primeros momentos, pudo poner en funcionamiento recursos que le permitieran reconocer sus emociones y buscar modos de procesarlas.

Del análisis de los indicadores propuestos para este análisis se infiere que la entrevistada presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. Se puede concluir que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

Análisis de los datos obtenido en el cuadro Nro. 2

A -Análisis e interpretación del indicador: registro de emociones.

Las entrevistadas refieren registrar sus emociones. Sólo una de ellas, pide aclaración respecto a si la pregunta se refiere a partir del momento de la noticia de la patología de su bebé, como si el impacto de esa información marcara un antes y después vivencial.

B-Análisis e interpretación del indicador: tipo de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.

1- En el primer caso aparecen emociones polarizadas (tristeza / alegría) y aparece el dolor frente a la posible muerte del bebé. Se observa sentimiento, se infiere que esta entrevistada puede tramitar el afecto, no queda arrasada por la angustia.

2- En el segundo caso se observa en la entrevistada mayor intensidad y polarización de sus emociones. Presenta angustia automática frente a lo inesperado de la noticia de la patología de su bebé, no pudiendo poner en funcionamiento defensas instrumentales que la ayuden a procesar la angustia.

3- En el caso de la tercera entrevistada, por el contrario ante lo inesperado de la información presenta angustia señal, esto implica que presenta capacidad de ligadura. Dado que al recibir la noticia, expresa sus emociones, se contacta con las mismas.

4- En la cuarta caso, se observa que la entrevistada se contacta con su angustia, expresa el temor frente a la noticia, por lo tanto se observa que al hablar de ello, liga, puede pensar sobre la situación.

5- En la quinta entrevistada se observó presencia de angustia frente a la información, en la medida que los resultados fueron confirmando el diagnóstico la angustia operó como señal para tramitar las emociones producto de dicha información.

6- En el caso número seis aparece el sentimiento de enojo frente a la situación que la entrevistada está atravesando. Esta información se produjo en un contexto de duelo. El hecho que el enojo aparezca como sentimiento, como afecto a ser tramitado, nos permite observar que puede ser pensado y tramitado al ser expresado.

7- Se observa la presencia de angustia en la última entrevistada frente a los resultados que le confirmarían la gravedad del diagnóstico, no le impide pensar y le permite preparar al psiquismo para atravesar la situación y poder recibir al bebé.

Conclusión:

En función del análisis realizado en los siete casos descriptos, se observa que en seis opera la angustia como señal que permite poner en funcionamiento recursos para pensar las distintas consecuencias de la información que han recibido. En estos seis casos aparecen emociones que son el paso previo a que opere el dispositivo de tramitarlas, aparece la capacidad de anticipación, facilitando el proceso de pensar sobre la situación que están atravesando. Dada esta capacidad de anticipación se puede inferir que en estos casos se está frente a una situación de vulnerabilidad psicosomática baja. Sólo en un caso la entrevistada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática alta, ya que por ejemplo pone en funcionamiento la angustia automática y presenta dificultad en operar con recursos adecuados para tramitar el impacto del diagnóstico de la patología del bebé.

C-Análisis e interpretación del indicador: recursos para enfrentar las emociones (en forma inmediata y con posterioridad).

1- Se infiere en la primera entrevistada, que paulatinamente pudo empezar a pensar la información que recibió del equipo médico. En el pensar se observa aceptación de la dificultad y procesamiento psíquico.

2- En la segunda entrevistada se observa que pone en funcionamiento frente a la información recibida de los problemas del bebé racionalizaciones, negación, defensas que no permiten el procesamiento psíquico.

3- En el caso de la tercera entrevistada se puede inferir que reconoce la pérdida de la ilusión del hijo soñado, muestra tristeza y capacidad de buscar en los otros, sostén, mostrando así capacidad de poner en funcionamiento defensas instrumentales que permitan el procesamiento de sus sentimientos.

4- En el relato de la entrevistada número cuatro se infiere la capacidad de pensar y anticipación que funcionan como modo de tramitar la información. En este caso, como en el anterior, se observa la necesidad de compartir la información, siendo éste también, un recurso de sostén.

5- En el caso número cinco se observa que la entrevistada sostiene la importancia de la información en cuanto a su bebé para enfrentar los obstáculos que se le presentan.

Contar con la información, le brinda recursos que le permiten poner en funcionamiento su capacidad de anticipación y por lo tanto poder atravesar la incertidumbre.

6- En el discurso de la sexta entrevistada se observa que cuenta con recursos propios y de su entorno familiar. Es importante destacar que dicho entorno le permite descargar, funcionando este espacio como modo de procesar lo traumático.

7- Del relato de la séptima entrevistada se infiere que la información cumple una función de sostén en tanto le permite transitar el embarazo con esperanza y confianza. Es decir que cuenta con recursos propios pero también cuenta con recursos del entorno. La información para esta entrevistada es un medio para discernir qué es lo que le corresponde hacer, es decir que la información le permite pensar, que es lo adecuado para transitar esta situación.

Conclusión:

Del análisis e interpretación de los datos de estas siete entrevistadas se infiere que en seis casos cuentan con recursos propios y ajenos a los fines de procesar la información recibida.

Por lo tanto en estos seis casos debido a los recursos que poseen las entrevistadas se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosomática baja. Observándose en un sólo caso la falta de recursos para procesar la información, estando la entrevistada en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta.

D- Análisis e interpretación del indicador: posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.

1- Del relato de la primera entrevistada se infiere que arma la red de contención con otros significativos conformada por su mamá y sus mejores amigas, así mismo cuenta con el equipo médico a los fines de evacuar cualquier inquietud que se presente.

Es importante destacar que la entrevistada establece la diferencia respecto de aquellas personas con las que puede hablar del tema y los que saben pero no son interlocutores significativos para ella.

2- Si bien en el discurso la segunda entrevistada expresa contar con sus familiares como red de sostén, refiere ser reservada, de poco hablar y la situación de hablar del tema es connotada negativamente (chismerío).

A pesar que el cuerpo médico se ofrece como red de sostén, se advierte que la entrevistada no puede contar con los mismos como interlocutores.

3- En el caso de la tercera entrevistada se infiere que muestra capacidad para poner en palabras la información recibida sobre su bebé con otros significativos. Es importante destacar que realiza una diferencia entre los miembros del círculo íntimo de los que no lo son. Señalando que ha compartido la información con los más cercanos. Cuenta con el equipo médico como red de contención para expresar las inquietudes que le surgen a partir de las noticias recibidas. Pregunta a la entrevistadora como transmitir la información del problema del bebé a sus otros hijos.

De lo dicho con anterioridad se infiere que esta entrevistada tiene capacidad para poner en palabras lo que le sucede y construir una red de contención.

4- De lo expresado por la entrevistada número cuatro se desprende que la palabra, deviene en una función de tipo evacuativa, dado que la entrevistada comparte la información de lo que le sucede a su bebé con todos y cumple una función evitativa, ya que refiere que el “contar” es para evitar la sorpresa y poder llegar de esta forma a un “parto feliz”.

5- En el discurso de la quinta entrevistada se observa que comparte la información acerca de la enfermedad del bebé con todos, sin establecer diferencias dentro de ese todo, lo cual no permite inferir si se refiere a todos los otros significativos o a otros en general.

Presenta capacidad de interrogar en función de los obstáculos que se le presentaron. Le resulta angustiada la incertidumbre del diagnóstico y dice que la información que le proporcionan los médicos es insuficiente. Dice “querer saber todo y no esperar el final “

En función de lo expuesto se infiere que la entrevistada ha recibido la información sobre la salud de su bebé en una situación de vulnerabilidad baja, porque a pesar del impacto que la información produjo puede poner en funcionamiento defensas instrumentales.

6- En el caso de la sexta entrevistada se infiere que puede compartir la información de la patología de su bebé, es decir puede poner en palabras la dificultad por la que está atravesando con otros significativos. El poner en palabras fue instrumentándose desde el círculo más cercano (madre y posteriormente amigos). Discrimina dentro del grupo familiar, quiénes son los más cercanos afectivamente y quiénes no. Pone en palabras la dificultad porque la que está atravesando sólo con personas significativas. De lo dicho se infiere que la sexta entrevistada posee capacidad para pensar, lo cual se pone de manifiesto en que puede establecer con quien compartir la información y con quién no.

7- Del relato de lo expresado por la entrevistada número siete se observa que sostiene que todos sus allegados están al tanto de lo que le sucede a su bebé. Parece referirse aunque no lo dice textualmente que son todas las figuras significativas, puesto que después agrega que el poner en palabras con otros le ha permitido contar con ellos como un apoyo fundamental.

Conclusión:

Del análisis e interpretación se infiere que en cinco casos se observa que a partir de la información recibida del equipo médico, pueden poner en palabras con otros significativos aquello que les está ocurriendo. En alguno de los casos se observa inquietud sobre cómo transmitir la información recibida a sus otros hijos. Es importante destacar que seis de los casos han logrado armar una red de sostén (familiares y equipo médico) que les permita transitar la noticia de la patología del bebé y las consecuencias de dicha información.

En dos casos el poner en palabras no funciona como un recurso que favorezca el procesamiento. En un caso la entrevistada no cuenta con los recursos para poner en palabras lo que le sucede con otros significativos, no logrando así armar una red de contención adecuada por lo que se halla en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta. Y en la otra entrevistada se observan defensas evitativas y de control que no favorecen el pensar, encontrándose en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta también.

Las otras cinco entrevistadas se encuentran en una situación de vulnerabilidad psicosomática baja.

E-Análisis e interpretación del indicador: Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.

1-El contexto en el que recibe la información la primera entrevistada se caracteriza por la enfermedad del padre, enfermedad degenerativa del sistema nervioso progresiva. Es decir que recibe la información de la patología de su bebé en un contexto de enfermedad.

Asimismo la información es recibida con la ilusión de la concreción de un nuevo proyecto familiar, puesto que el primer hijo nació en un contexto familiar que terminó no sólo en separación, sino que el padre del primer hijo no colaboró en su crianza. Convivirán con el hijo mayor y el padre del bebé juntos.

2-La segunda entrevistada no refiere ningún dato significativo que permita evaluar el contexto en el que aparece la información de la patología del bebé. Lo dicho con anterioridad podría ser analizado desde la perspectiva de la defensa, podría inferirse que está operando la negación. Se ve descripto cómo opera el pensamiento de la entrevistada cuando habla en la misma frase de la perfección de un embarazo con internación en neonatología por parto prematuro.

3-En la entrevistada número tres el contexto en que aparece la información de la patología del bebé, es la enfermedad del padre del marido de la entrevistada, es decir el abuelo del bebé. El contexto en que se recibe la información sobre el bebé es un contexto de duelo, debido a lo que implica la enfermedad de un padre para su hijo, y asimismo recibe la información que su hijo podría tener una patología. Es como atravesar dos situaciones de duelo, la enfermedad del padre del marido y otra de su propio hijo. Doble herida narcisista, en el sentido de pérdida del ideal de perfección, por lo que implica la pérdida de salud del padre/ abuelo y el nacimiento de un hijo enfermo.

4-En la cuarta entrevistada se observa un contexto de dificultad para concretar el proyecto de tener hijos. En la concreción del proyecto aparecen dificultades, dado que se espera un hijo que sea la concreción de todo el trabajo de haber podido concebirlo y aparecen problemas de la salud del bebé que impiden que el proyecto familiar se concrete tal como lo había anhelado.

Del análisis de los datos se desprende que la información aparece en un contexto que se caracteriza por la aparición de obstáculos que interfieren en el objetivo de tener un hijo.

5-En la quinta entrevistada se observa que la información sobre los problemas del bebé es recibida en un contexto de separación, sin embargo, a pesar de haber declinado el proyecto de pareja, ambos padres deciden esperar a la beba juntos.

6-En la entrevistada número seis, se observa que la información de que su bebé puede tener una patología cardíaca es recibida en un contexto de migración reciente por cuestiones laborales. Así mismo la entrevistada está atravesando un contexto de duelo debido al reciente fallecimiento de su padre.

7- En la séptima entrevistada el contexto en el que se recibe la información es de un cambio por mudanza, además han perdido recientemente un embarazo, lo que indica que la entrevistada se encuentra en un contexto de pérdida.

Conclusión:

En función del análisis e interpretación de los datos obtenidos de la muestra se infiere una prevalencia de contextos signados por situaciones de pérdida, de duelos debido a la pérdida de las figuras significativas o bien situaciones de pérdidas por mudanzas, separación o migraciones.

Si bien una de las entrevistadas presenta una separación reciente, no aparece esto como obstáculo para enfrentar la situación. Dicen estar juntos frente al nacimiento del bebé, con lo cual esta entrevistada estaría en una situación de vulnerabilidad baja.

Se puede concluir entonces, que el indicador “contexto en el aparece la información de la patología cardíaca del bebé” da cuenta de que en seis casos las entrevistadas se encuentran en situación de vulnerabilidad alta.

F- Análisis e interpretación del indicador: Criterio de realidad frente a la información recibida

1- Se infiere que la primera entrevistada no puede imaginarse al bebé debido a que la sorprende la información que recibe sobre la enfermedad del mismo. Frente a la posibilidad de no poder amamantar a su hijo, prefiere utilizar un pensamiento que le permita operar. El no imaginarlo, tiene más que ver con la situación de no ilusionarse con la imagen de un bebé sano que no se corresponda, con las condiciones reales en que estará su bebé.

Se puede observar que el no pensar, no está al servicio de la negación, sino que está al servicio de ir procesando las posibles dificultades que puedan aparecer.

En función de los datos se infiere que este “no imaginarlo” supone la existencia de un criterio de realidad que le permite a la mamá, ir procesando la función materna con

relación a un bebé que nacerá con patología. Lo que implica, ya antes del nacimiento el establecimiento de un vínculo con un bebé real y no ideal.

2- En el caso de la segunda entrevistada se observa que sólo hace referencia a la posibilidad de imaginarse a su bebé, pero omite contestar la pregunta sobre la posibilidad de amamantar al mismo.

Es importante destacar, que si bien la entrevistada sostiene que se puede imaginar a su bebé y realiza acciones en consecuencia, como ser, preparar la cuna, no hace referencia, ni da ningún indicio con relación a cómo se lo imagina y a cómo ha impactado la información recibida sobre patología en la imagen de su bebé. Daría la impresión que en esta entrevistada están operando frente a la información brindada por el equipo médico, mecanismos de negación.

Es importante destacar, que en este caso, la entrevistada, antepone sus propios deseos (narcisísticos, hijo perfecto- hijo fuerte) a la circunstancia de la realidad en la que el bebé llegará.

3- Del relato de la tercera entrevistada se infiere que puede imaginarse a su bebé, y se observa que a partir de la información recibida sobre la enfermedad, puede adecuar la imagen de su bebé a las condiciones en las que va a nacer y pensar también sobre estas condiciones. En función de su capacidad de pensar, discrimina aquello que le gustaría y aquello posible. Anteponiendo las circunstancias en las que nacerá el bebé a sus deseos. De lo dicho por la entrevistada se infiere que el criterio de realidad no fue afectado por el impacto de la información.

4- Se observa que la cuarta entrevistada, frente a la pregunta sobre si se imagina a su bebé, responde mostrando la foto de la ecografía. Dicha foto forma parte de una carpeta que da cuenta de los avatares de la historia del bebé, se condensa en dicha carpeta, no sólo la historia de la enfermedad, sino también la inclusión de este bebé en la cadena de filiación.

Se infiere de lo dicho por la entrevistada que antepone las características de este bebé a sus propios deseos.

5- En la quinta entrevistada se observa, que si bien se puede imaginar a su bebé, lo compara con el otro hijo. El sentimiento que acompaña a la representación de "es igual a mi otro hijo" es angustioso. Lo cual indicaría, que la entrevistada, en función de la información recibida por los médicos, no apela mecanismos de defensa como la negación, o desmentida, sino que su respuesta denota la intención de procesar las

circunstancias en las que nacerá el bebé. La entrevistada reconoce temor frente a la situación de no poder amamantarlo, como un modo de adecuarse a incorporar la información recibida, información que la hace pensar, un contexto diferente para la llegada de su bebé.

6- Se observa que la sexta entrevistada expresa que se imagina a su bebé y agrega que se lo imagina chiquito. En función de la información recibida sobre la patología de su bebé, presenta capacidad de pensar sobre la misma. Se observa que puede diferenciar cuál es la imagen que ella esperaba y cuál la que se desprende de lo explicado por los médicos, pudiendo incorporar este criterio a la realidad de su deseo.

La entrevistada se imagina dándole de mamar, sin embargo aclara que el no poder hacerlo le resulta “chocante”, pero no parece decirlo en el sentido de la operatoria de la negación o rechazo, sino como modo de expresar el sentimiento de enojo o dolor ante la imposibilidad de amamantar.

7- En el discurso del séptimo caso, la entrevistada responde a la pregunta de si se imagina a su bebé estableciendo coordenadas de cómo lo piensa al mismo (parecido al padre). Si bien refiere que no se imagina la carita del bebé, conjuntamente con esto aparece sensaciones de angustia, llanto como respuesta, lo que demuestra que está incluyendo en ese pensar las dificultades del bebé.

Se infiere que le preocupa y la angustia la lactancia, no poder amamantarlo.

De lo dicho se desprende que la entrevistada está pudiendo procesar la información recibida, ya que incorpora y opera el criterio de realidad.

Conclusión:

De los siete casos entrevistados, se desprende que en seis, se ha conservado el criterio de realidad frente a la información recibida de la enfermedad de los bebés. Lo mismo se pone de manifiesto en la aparición de sentimiento de angustia, de miedo ante la posibilidad de no poder amamantar debido a que la posible internación o cuidados médicos no lo permitan.

En un sólo caso se observó que la información recibida afectó el criterio de realidad, dado que en función de los dichos de la entrevistada da la impresión que nada hubiera cambiado. Esta información de la patología de su bebé no modificó el modo en que la llegada del hijo es pensada. La información no se incorporó al pensamiento, no pasó a formar parte de su criterio de realidad. Sólo fortaleció, por el lado de la negación pensar a un bebé fuerte y no enfermo, que podía hacer frente a las dificultades. Esta

información distorsionó el pensamiento y no permitió procesar la realidad de como llegará su bebé. En este último caso, la entrevistada se encuentra en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta, en tanto que las otras seis entrevistadas la vulnerabilidad psicosomática es baja.

Análisis e interpretación de los datos obtenidos en el cuadro 3 y 4

1- En el caso de la entrevistada número uno se advierte que la misma se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja debido a que presenta una prevalencia en los indicadores que así lo demuestran, por ejemplo presenta recursos propios para enfrentar la situación de dificultad, puede pensar aún ante una situación de alto impacto como es recibir la noticia de que su bebé nacerá con una patología cardíaca. Así mismo cuenta con vínculos de sostén, si bien presenta angustia, la misma no le invade la capacidad de pensar. Las defensas que usa son adecuadas.

De lo dicho se desprende, en función del análisis de los indicadores que la entrevistada se encuentra ante la noticia de la enfermedad de su bebé en una situación estresante.

2- En el segundo caso, se infiere que la entrevistada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática alta. Se observa dificultad para aceptar la situación. Utiliza ante la noticia de la enfermedad de su bebé defensas maníacas y sobretodo negación. No cuenta con vínculos de sostén en el ámbito familiar y si bien el equipo médico le ofrece recursos, la entrevistada no los toma. Se ve afectado también el criterio de realidad, lo que se pone de manifiesto en la discrepancia entre lo que le informan los médicos respecto a su bebé y como la entrevistada se lo imagina.

Se ve afectada su capacidad de pensar y la angustia no opera como angustia señal, no permitiéndose así que se de el proceso de ligadura.

En función de encontrarse esta entrevistada en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta, la noticia de la patología cardíaca de su bebé deviene en situación traumática

3- La entrevistada tres, se observa que se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja, dado que cuenta con vínculos de sostén con quien poder pensar la información respecto de la enfermedad de su bebé. La angustia opera como angustia señal, puede hablar de sus temores y sus dificultades, presentando una gama de defensas adecuadas.

Presenta criterio de realidad ya que incluye los datos de la información médica recibida en la forma en que se imagina a su bebé.

De lo dicho se infiere que la información recibida de la patología cardíaca del bebé ha devenido en situación estresante.

4- En el caso de la cuarta entrevistada se infiere una situación de vulnerabilidad psicosomática baja debido a lo que indican la mayoría de sus indicadores de vulnerabilidad. Refieren que presenta vínculos de sostén con quien compartir la información de la patología de su bebé. Reconoce tener miedo, pero esta emoción no le impide pensar la situación por la que está atravesando. Si bien puede poner en palabras aquello que le está sucediendo, la forma en que lo refiere daría más cuenta de la utilización de mecanismos evitativos y de control.

Es notable que la entrevistada puede comenzar a historizar al bebé aún ante la noticia médica recibida. Empieza a armar un álbum de fotos, lo que daría cuenta de la presencia de criterio de realidad.

De lo sostenido con anterioridad se infiere que la noticia de la patología cardíaca del bebé ha devenido en situación estresante.

5- En la entrevistada número cinco se observa que se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja dado que presenta vínculos de sostén con quien compartir la información recibida respecto a la enfermedad del bebé. Las emociones que presenta son acordes a la situación que está viviendo. Tiene miedo frente a la incertidumbre, cuenta con el equipo médico a quien les pregunta y les demanda información. De lo dicho se infiere que la noticia de la enfermedad cardíaca del bebé ha devenido en situación estresante.

6- En el caso número seis, la entrevistada se infiere que atraviesa una situación de vulnerabilidad psicosomática baja dado que presenta vínculos de sostén que le permiten ligar las emociones que le suscita la información médica recibida y tramitarla. La manera que se imagina a su bebé se adecúa a la imagen real del bebé producto de la patología con la que va a nacer. El uso de las defensas es adecuado a la situación por la que está atravesando. De lo dicho se infiere que la información recibida sobre la patología cardíaca del bebé ha devenido en situación estresante.

7- Se observa que la séptima entrevistada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja. Si bien la entrevistada ante la noticia brindada por la médicos de la enfermedad de su bebé presenta angustia, con la ayuda del equipo médico puede pensar

los recursos con que cuenta para atravesar la situación conflictiva. Así mismo cuenta con vínculos de sostén e intenta identificar la imagen del bebé con algún rasgo del padre, lo que indica la intencionalidad de alojar al bebé en el seno de la familia. A pesar de que presenta emociones que le provocan llanto y angustia, estas emociones no le impiden poder pensar acerca de las condiciones en que nacerá su bebé.

De lo expresado anteriormente se infiere que la información recibida sobre la patología cardíaca del bebé ha devenido en situación estresante.

Conclusión:

Del análisis e interpretación de los datos se infiere que, de la totalidad de la muestra constituida por siete entrevistadas que reciben durante el curso del embarazo la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, seis se encuentran en situación estresante, en tanto que sólo una, se encuentra en situación traumática.

Conclusiones

El problema planteado que ha dado lugar a esta investigación es:

¿Cuál es el impacto emocional de recibir el diagnóstico prenatal de patología cardíaca, específicamente en un grupo de siete mujeres de entre 25 y 40 años que se atienden en instituciones médicas de la Ciudad de Buenos Aires?

En función de dicho problema se han planteado las siguientes hipótesis:

1- Si una mujer embarazada recibe la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, inferida de los estudios realizados en el curso del embarazo y la embarazada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática alta, entonces la noticia recibida deviene en situación traumática.

2- Si una mujer embarazada recibe la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, inferida de los estudios realizados en el curso del embarazo y la embarazada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja, entonces la noticia recibida deviene en situación estresante

El objetivo de la presente tesis fue investigar el impacto emocional ante el diagnóstico prenatal de patología cardíaca en una población de mujeres embarazadas pertenecientes a prepagas que se atienden en instituciones médicas de la ciudad de Buenos Aires de edad entre 25 y 40 años, siendo observadas al momento de realizarse estudios de control.

Con el objetivo de abordar el problema de la investigación, se describió en el *primer capítulo* el concepto de enfermedad.

A partir de considerar que la concepción de salud y enfermedad es una construcción socio cultural, se planteó que la enfermedad constituye una amenaza severa a la integridad corporal del sujeto, produce modificaciones en los vínculos y en la familia. Se tomó en cuenta que los aspectos emocionales desencadenados a raíz de la enfermedad son muy diversos y especialmente complejos cuando se trata de un niño enfermo.

Se tomó como referencia lo expresado por Fischbein: “La enfermedad somática produce un corte en el continuo (...) y es en el espacio de este corte donde aparecerá la patología. En el espacio de este corte, la palabra cumple una función primordial, ella es la que puede establecer puentes para disminuir la escisión. El cuerpo aparece no sólo como realidad anatómica, sino también como realidad de la fantasmática donde la

representación de sí mismo y las señales de enfermedad y del envejecimiento están presentes (...)”³¹.

Lo expresado por Fishbein permitió señalar la dimensión historizable del acontecimiento somático, señalar que es un corte en un continuo, que es la vida del paciente.

Además, dicho autor resalta el término “acontecimiento”, término que alude a lo temporal, refiere a algo que irrumpe en el devenir psíquico, que provoca un cambio en la posición subjetiva. En el caso de interés de esta tesis, irrumpe en el aparato psíquico de la mujer embarazada, corta un continuo, la información de la patología irrumpe en el continuo embarazo y puede producir una serie de posibles consecuencias que son las que se desarrollaron en esta investigación.

Se ha enunciado la diferencia entre la realidad psíquica y el cuerpo real. El psicoanálisis se ocupa de un cuerpo hablado, donde se jerarquiza la palabra, que es la que da cuenta de la realidad psíquica. La medicina trata al soma, y se ocupa de una realidad objetiva.

Se señaló que una enfermedad, una cirugía, es una amenaza para la integridad corporal y también un impacto emocional para el sujeto. Se definió a la Psicoprofilaxis Quirúrgica por su objetivo de favorecer la adaptación activa a la situación de enfermedad, atenuando el posible efecto traumático para el paciente y su familia. La Psicoprofilaxis tiene por objetivo prevenir situaciones “potencialmente” traumáticas, ya que como se puso de manifiesto en esta investigación, no puede hablarse de acontecimientos traumáticos de un modo absoluto, sin tener en cuenta las características y recursos propios y externos del sujeto y de cada familia. Esta especialidad, aborda la temática de la enfermedad, de las cirugías, ayuda a procesar ansiedades, temores y brindar información adecuada. Su marco teórico fue desarrollado desde la teoría psicoanalítica, con fines preventivos y a través de la interdisciplina. Su práctica está continuamente actualizándose. Se señaló en este capítulo, que la patología cardíaca, es detectada cada vez más temprano y los niños se operan cada vez más pequeños. La detección de patologías citadas en esta investigación, fueron diagnosticadas en los estudios prenatales, que las embarazadas entrevistadas se realizaron.

Se describió cómo los estudios, como ser las ecografías para visualizar al feto, tienen para la futura madre, un efecto complejo sobre la tarea de adaptarse a un nuevo rol. La

³¹ Fishbein, J. (2007-2008): “El acontecimiento somático. Desarrollos desde la clínica psicoanalítica”. Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31. Buenos Aires. AEAPG. (pág. 328)

curiosidad y el asombro de la embarazada al ver a su hijo en una pantalla, van acompañados tanto de admiración como del temor frente a lo que puede mostrar el estudio. Los padres reciben la noticia de la patología de su bebé en un contexto de vulnerabilidad.

Tomando en cuenta que la Psicoprofilaxis Quirúrgica tiene un objetivo preventivo, se definió el concepto de prevención. Se resaltó el pre-venir, es decir tomar en cuenta el prefijo pre, que denota antelación, anticipación, pero también incluye las ideas de ver y venir, la importancia de 'ver' para evitar lo que está por venir, de historizar lo que va a suceder, de forma de darle un sentido subjetivo a ese futuro amenazante para estas mujeres embarazadas..

Se citó también, el concepto psicoprevención propuesto por Rinaldi (2001), quien mostró el valor de la subjetividad de cada paciente y del contexto.

Se planteó en esta tesis, que un proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica debe ayudar al paciente y su familia, a transitar el acontecimiento médico en las condiciones psíquicas más adecuadas, brindando un espacio de sostén a la vulnerabilidad emocional que resultará de dicha experiencia.

Se señaló que dicho proceso debe incluir también al equipo médico, lo que lo convierte en un trabajo interdisciplinario. Por este motivo, el trabajo del equipo de salud, el trabajo interdisciplinario, fue descrito como un espacio de integración de diferentes visiones y conocimientos de distintas áreas del saber, quebrando modelos individualistas y exclusivistas, con el objetivo de beneficiar no sólo al paciente y su familia, sino al equipo tratante también.

Se destacó el valor y las condiciones que debe tener la información brindada por el equipo médico. Se consideró que la misma debería ser veraz, dosificada y ajustada al entendimiento de quien la escucha, en un espacio adecuado a la situación y un tiempo que admitiese expresar preguntas y dudas.

Y por último se señaló que el buen vínculo, la empatía, la información adecuada puede atenuar el impacto traumático, y favorecer un mejor procesamiento y enfrentamiento de un diagnóstico, generando un espacio de contención y confianza que funciona como sostén.

En el *segundo capítulo* se presentó un recorrido teórico del concepto de trauma. Se describió la concepción de trauma por efracción, haciendo referencia a la conceptualización que Freud hace en el "Proyecto de psicología" (1895) cuando habla

del dolor, refiriéndose a cómo son arrasadas las neuronas, a modo de “rayo” por la intensidad de la excitación.

En el caso de trauma como resignificación, se aludió a que el trauma ocurrirá en “dos tiempos”, un primer acontecimiento que sería traumático, desde el punto de vista económico, adquiere sólo con posterioridad eficacia, se resignifica, es decir el recuerdo de esa primera escena de seducción, dirá Freud, se vuelve patógena ya que provoca excitaciones internas.

Se definió el enfoque económico de la metapsicología freudiana dado que el mismo alude a los aspectos relativos al destino de las cantidades de excitación que se ponen en juego e implican trabajo para el aparato psíquico.

Freud remite el trauma ante todo a una concepción económica, un aumento tan grande de excitación en relación a la tolerancia del sujeto y su capacidad de tramitar, administrar y elaborar psíquicamente estas excitaciones. La consecuencia del trauma es la incapacidad del aparato de liquidar las excitaciones o elaborarlas por los medios habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético.

Se señaló que cada sujeto reacciona frente a los acontecimientos traumáticos según su propia susceptibilidad, por lo cual no se puede hablar de acontecimientos traumáticos de modo absoluto y dependerá de los recursos de cada sujeto. Se relacionó el trauma con la incapacidad del aparato psíquico de liquidar las excitaciones. Y se señaló también, que para que exista trauma en sentido estricto, deben darse determinadas condiciones objetivas, que generen falta de abreacción de la experiencia y defensas patológicas.

Se puntualizó que para comprender por qué un suceso deviene traumático es importante desarrollar la idea de series complementarias. Freud propone un factor constitucional, refiriéndose a lo innato, un factor disposicional, que son las experiencias infantiles y un factor desencadenante que es el vivenciar accidental.

Tomando como referencia el artículo de Freud “Más allá del principio del Placer” (1920) se remarcó la importancia de tomar en cuenta, no solamente la cantidad y calidad del estímulo que ingresa al aparato, sino también la capacidad de ligazón que tiene el sistema. A mayor investidura, se necesitará más recursos energéticos para poder tramitar y ligar psíquicamente.

Se desarrolló el concepto de angustia descripto por Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) con el objetivo de comprender el modo en el que el psiquismo procesa

la angustia. Dicho autor califica a la misma, como un afecto, un afecto displacentero. Afirma que el aparato psíquico, está expuesto a excitaciones tanto de origen interno como externo. Si no puede dominar esas magnitudes de cantidad se verá desbordada la capacidad defensiva de dicho aparato, y en tal razón la situación se tornará traumática. La angustia típica de las situaciones traumáticas es la angustia automática. En tanto es la angustia señal, la que tiene la función de alertar al aparato psíquico para que ponga en funcionamiento los mecanismos de defensa y evite que el mismo se vea desbordado.

Se señaló que el afecto como estado de ánimo participa en expresiones y exteriorizaciones corporales, además de hacerlo en todos los estados anímicos, tales como los procesos de pensamiento.

A partir de las nociones de angustia automática y angustia señal, se introdujo su relación con los conceptos de vivencia estresante y vivencia traumática.

Se tomó en cuenta lo trabajado por Rinaldi (2001) y en ese sentido se expresó que en el caso de una "vivencia estresante" se pone en funcionamiento la angustia señal, es decir, el sujeto produce señales de alerta que permiten poner en funcionamiento mecanismos de defensa adecuados. En el segundo caso de la "vivencia traumática", el aparato psíquico queda anegado por la angustia y el resultado es la pérdida transitoria de las funciones psíquicas, este es equivalente a la angustia automática señalada por Freud.

Siguiendo esta línea de pensamiento, se planteó que cuando la mujer embarazada recibe la noticia de que su bebé tiene una patología, recibe el impacto de esta información que funcionará como un estímulo disruptivo para su psiquismo, producirá un aumento de excitación que el aparato deberá procesar. Esto puede implicar tanto una situación de estrés como una situación traumática, y se resaltó la importancia de evaluar si puede procesar, ligar ese monto de excitación, ese exceso y con qué recursos lo hace para evitar que se vuelva situación traumática.

Se describió el valor del concepto de "ambiente facilitador" incluido en la conceptualización que Winnicott hace del trauma, subrayando que hay necesidades intrínsecas a la dependencia, como ser las necesidades de los niños que sólo se procesan en un ambiente facilitador, entonces el trauma es definido como una intrusión del medio ambiente.

Con el objetivo de describir cuáles son las condiciones iniciales, esperables para que el bebé construya su aparato psíquico, se procedió en el capítulo tres a describir las características de la díada mamá-bebé.

Se señaló que el embarazo es una etapa donde la mujer se encuentra muy vulnerable y que la relación de la madre con el hijo se construye desde mucho antes del nacimiento, ya que el vínculo con el bebé se construye lenta y progresivamente sobre la base de relaciones previas con el hijo deseado, imaginado o fantaseado. El nacimiento biológico y psicológico no coinciden en el tiempo.

En este sentido se citó a Lebovici (1988), quien afirma que estas interacciones se van construyendo desde el embarazo y están determinadas por los fantasmas que connotan el deseo de la maternidad. Plantea las diferentes representaciones de hijo que se gestan a lo largo del trabajo psíquico del embarazo, definiendo los conceptos de hijo imaginario, hijo fantasmático e hijo real. El bebé puede significar diferentes cosas en el posible repertorio representacional materno.

En relación al tema de interés de esta tesis se observó que la mujer embarazada, frente al conocimiento que su hijo puede nacer con una patología, puede sentir, que ese hijo no concuerda con la imagen esperada, ya que la información la sorprende y la atemoriza. Se señaló, que esta situación es extremadamente intensa, no sólo por su carácter inesperado, sino por las tensiones y contenido afectivo que involucra, tanto para la madre, como para el entorno. Cómo ella pueda tramitarlo, tendrá incidencia sobre el psiquismo del bebé.

Se puntualizó siguiendo lo expuesto por Winnicott, que es la madre quien echa en la infancia los cimientos de la salud mental del ser humano en la constitución del psiquismo temprano.

Se retomó el tema del ambiente facilitador esbozado en el capítulo anterior. Winnicott otorga gran importancia al entorno y lo considera importante tanto para la madre como para el desarrollo emocional y mental del bebé.

Se definieron los conceptos de “madre suficientemente buena” y la “preocupación materna primaria”, desarrollados por Winnicott.

El primero de estos conceptos alude a la sensibilidad exaltada de la madre, casi una enfermedad al decir de Winnicott, y este autor advierte que la mujer debe estar emocionalmente saludable, para lograr esta sensibilidad, así podrá comprender y adaptarse a las necesidades de su hijo. El fracaso de adaptación materna en la fase más precoz, puede producir la aniquilación del self del pequeño.

Se indicó, que este autor considera a este cuidado materno, un cuidado parental, porque incluye al padre y al entorno para cuidar y sostener a la madre para que pueda cumplir estas funciones.

El tema del sostén fue descrito en este capítulo, ya que se considera que la función de sostén es un factor básico del cuidado materno, que corresponde al hecho de sostenerlo (emocionalmente) de manera apropiada. El sostenimiento facilita la integración psíquica del infante.

Se ha especificado, que en la actualidad, es posible a raíz de los avances tecnológicos, detectar patologías prenatales, intraútero. Se subrayó la importancia, para los padres, de tener un tiempo para prepararse y así poder anticipar y procesar, las condiciones en que van a recibir al bebé y evitar el devenir de una situación traumática.

Se señaló, a partir de lo expresado por Freud, que la enfermedad de un bebé, que ha sido investido narcisísticamente como hijo ideal, afecta a los padres en ese plano narcisista e interfiere en los procesos identificatorios, ya que la imagen del bebé deseado no se corresponderá con el bebé de la realidad.

Se consideró, lo escrito por Winnicott respecto a las primeras lactaciones y cómo se establece ese vínculo entre la madre y su hijo. Se han descrito los primeros encuentros entre el bebé y la mamá, como constituyentes del aparato psíquico. El psiquismo del bebé no existe desde el comienzo, será función de la madre asistirlo e ir procesando las tensiones corporales, posibilitando la constitución de su subjetividad.

Se determina finalmente que la noticia de la enfermedad del bebé, irrumpe durante el embarazo, donde se está gestando el bebé idealizado; cómo sea procesado el impacto de esa información hará que la situación devenga estresante o traumática con las consecuencias esperables de cada una de ellas para la vida psíquica del bebé.

En el *cuarto capítulo* se definió el concepto de Vulnerabilidad Psicosomática. En primer término, para poder definirlo, se describió, cómo se constituye el aparato psíquico siguiendo los desarrollos freudianos.

Se señaló que el aparato psíquico se va estructurando desde las primeras experiencias de satisfacción, las cuales tienen por objetivo cancelar el estímulo interno, o sea la necesidad. Esta vivencia quedará asociada a una huella mnémica que investirá el recuerdo de esa experiencia, para calmar ese dolor y restablecer así la situación de satisfacción primera. Para Freud la angustia más originaria es la angustia primordial del nacimiento.

La angustia, tanto sea como fenómeno automático o como señal de socorro, es descrita por Freud como producto del desvalimiento psíquico del lactante, que originariamente es un desvalimiento biológico.

Se tomó en cuenta, que Freud llamó situación traumática a una situación de desvalimiento vivenciada. En tanto, denominó situación de peligro a la expectativa de que se produzca una situación de desvalimiento, o que la situación presente recuerde vivencias traumáticas ya experimentadas, en este caso opera la angustia señal.

En este sentido, se afirmó, que la angustia automática corresponde a la situación traumática y ésta es esencialmente una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación que aquel no puede tramitar, produciendo distintos efectos de desvalimiento psíquico.

Habiendo planteado que para definir la vulnerabilidad psicosomática era necesario el desarrollo de la constitución psíquica, se procedió luego a definir el concepto de vulnerabilidad

Zukerfeld y Zukerfeld (1999) describieron el constructo “vulnerabilidad”, como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico, caracterizado por la precariedad de recursos yoicos para procesar la actividad fantasmática y enfrentar sucesos vitales, y por la tendencia al acto – descarga. La vulnerabilidad está íntimamente relacionada con la historia singular de acontecimientos traumáticos, con la calidad de vida alcanzada y en particular con las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos

Finalmente describió el concepto de vulnerabilidad psicosomática que propone D’Alvia (2007), definiendo el constructo Vulnerabilidad Psicosomática como la expresión de un soma que se encuentra desprotegido y librado a recibir y descargar incrementos de excitación por los canales de menor resistencia, condicionados por factores biológicos, genéticos o hereditarios

También se citó a Rinaldi (2001), que designa el concepto de vulnerabilidad como un estado de disminución de las defensas psicobiológicas que predispone a la disfunción, el trastorno o la enfermedad. Este autor propone pensar en grados de vulnerabilidad psicosomática, según sea el riesgo emocional.

Otro autor que se tuvo en cuenta para definir este concepto fue Maladesky (2007), quien afirmó que la vulnerabilidad está condicionada por la incapacidad funcional de la psique, en su tarea de transformación de la energía psíquica. Es un estado donde reina la

energía pulsional no ligada, ni transformada, un predominio del sin sentido propio del proceso primario, la cantidad sin transformación en cualidad y significación, tendiente a la descarga pura.

Siguiendo a Freud se caracterizó el concepto de ligadura y su distinción entre proceso primario y secundario. En el proceso primario, la energía se encuentra libre o móvil, en la medida en que fluye hacia su descarga del modo más rápido y más directo posible. En el proceso secundario se encuentra la energía ligada, en la medida en que su movimiento hacia la descarga se halla retardado y controlado. Dicho flujo energético está sometido al principio de realidad, en el caso del proceso primario se rige por el principio de placer.

Tomando lo expresado por estos autores se puede señalar que habría una relación entre:

-a mayor ligadura, menor vulnerabilidad.

-a menor posibilidad de ligar la descarga, de poner en funcionamiento mecanismos adecuados de defensa, mayor vulnerabilidad.

La energía psíquica liga una representación cosa a una representación palabra que represente a aquella y así puede continuar relaciones con otra representación palabra, pertenecientes al mundo del pensamiento y lograr moderar mediante esta tramitación, el pasaje de dicha energía psíquica.

La palabra no sólo tiene la función de permitir comunicarse con otros, sino que cumple una función muy importante en tanto procesamiento de los procesos internos, función fundamental ya que permite dar cualidad a los procesos pulsionales, y hacer consciente lo inconsciente. La palabra posibilita enlaces que permiten la organización de las representaciones.

Se observó el valor de la capacidad de pensar ya que implica la ligadura entre las representaciones. La capacidad de pensar está íntimamente relacionada con la tolerancia a la frustración.

Se finalizó el capítulo expresando que el pensar, en tanto proceso de ligadura es propio de las situaciones de vulnerabilidad psicósomática baja.

En el *capítulo cinco* se describió la metodología empleada, por tanto se retomó el problema de investigación:

¿Cuál es el impacto emocional de recibir el diagnóstico prenatal de patología cardíaca específicamente en un grupo de siete mujeres de entre 25 y 40 años que se atienden en instituciones médicas de la Ciudad de Buenos Aires?

Se realizó un tipo de investigación descriptiva, utilizando un diseño de carácter cualitativo.

A fin de validar las hipótesis de la investigación, se construyó una muestra conformada por siete entrevistadas, que recibieron la noticia, que su bebé padecía patología cardíaca durante los controles médicos en el embarazo.

Se procedió a evaluar en principio, el impacto de dicha información, tomando como coordenada de análisis, el grado de vulnerabilidad psicosomática de cada una de las entrevistadas. (Cuadro 1. Anexo 1)

Del análisis e interpretación de los datos obtenidos en la primera entrevistada se infirió que presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. De lo explicitado se concluyó que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

En función del análisis de los datos de la segunda entrevistada, se infirió una mayor incidencia del impacto traumático debido a un déficit en los vínculos de sostén, en los recursos propios y en la incapacidad de aprovechar los recursos brindados por los otros.

Del análisis de los indicadores se infirió que la entrevistada presenta todos los indicadores de vulnerabilidad psicosomática alta.

La entrevistada número tres, presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. De lo explicitado se concluyó que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

En tanto, que se infirió que la cuarta entrevistada presenta dos indicadores de vulnerabilidad psicosomática alta (contexto y poner en palabras), presentando cuatro indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. Se pudo concluir que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

Del análisis de los indicadores y el análisis de los datos expuestos por la entrevistada número cinco, se infirió que la entrevistada presenta todos indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja.

La sexta entrevistada, presentó, un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. De lo explicitado se concluyó, que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

En tanto que la entrevistada número siete, presenta un sólo indicador de vulnerabilidad psicosomática alta, presentando cinco indicadores de vulnerabilidad psicosomática baja. Se pudo concluir, que esta entrevistada presenta vulnerabilidad psicosomática baja.

Se procedió con posterioridad a describir los indicadores que den cuenta del grado de vulnerabilidad, en función de la muestra de las siete entrevistadas (Cuadro 2. Anexo 2)

. A -Análisis e interpretación del indicador: registro de emociones

Las entrevistadas refieren registrar sus emociones. Sólo una de ellas, pidió aclaración respecto a si la pregunta se refiere a partir del momento de la noticia de la patología de su bebé, como si el impacto de esa información marcara un antes y después vivencial.

B-Análisis e interpretación del indicador: tipo de emociones que aparecen

En función del análisis realizado en los siete casos descritos, se observa que en seis opera la angustia como señal que permite poner en funcionamiento recursos para pensar las distintas consecuencias de la información que han recibido. En estos seis casos aparecen emociones que son el paso previo a que opere el dispositivo de tramitarlas, aparece la capacidad de anticipación, facilitando el proceso de pensar sobre la situación que están atravesando. Dada esta capacidad de anticipación se puede inferir que en estos casos se está frente a una situación de vulnerabilidad psicosomática baja. Sólo en un caso la entrevistada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática alta, ya que por ejemplo pone en funcionamiento la angustia automática y presenta dificultad en operar con recursos adecuados para tramitar el impacto del diagnóstico de la patología del bebé.

C-Análisis e interpretación del indicador: recursos para enfrentar las emociones (en forma inmediata y con posterioridad)

Del análisis e interpretación de los datos de estas siete entrevistadas se infiere que en seis casos cuentan con recursos propios y ajenos a los fines de procesar la información recibida.

Por lo tanto en estos seis casos debido a los recursos con los que cuentan las entrevistadas se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosomática baja. Observándose en un sólo caso la falta de recursos para procesar la información, estando la entrevistada en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta.

D- Análisis e interpretación del indicador: posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos

Del análisis e interpretación se infiere que en cinco casos se observa que a partir de la información recibida del equipo médico, pueden poner en palabras con otros significativos aquello que les está ocurriendo. En alguno de los casos se observa inquietud sobre cómo transmitir la información recibida a sus otros hijos. Es importante destacar que seis de los casos han logrado armar una red de sostén (familiares y equipo médico) que les permita transitar la noticia de la patología del bebé y las consecuencias de dicha información.

En dos casos el poner en palabras no funciona como un recurso que favorezca el procesamiento. En un caso la entrevistada no cuenta con los recursos para poner en palabras lo que le sucede con otros significativos, no logrando así armar una red de contención adecuada, por lo que se halla en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta. Y en la otra entrevistada se observan defensas evitativas y de control que no favorecen el pensar, encontrándose en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta también.

Las otras cinco entrevistadas se encuentran en una situación de vulnerabilidad psicosomática baja.

E-Análisis e interpretación del indicador: Contexto en que aparece la información

En función del análisis e interpretación de los datos obtenidos de la muestra se infiere una prevalencia de contextos signados por situaciones de pérdida, de duelos debido a la pérdida de las figuras significativas o bien situaciones de pérdidas por mudanzas, separación o migraciones.

Si bien una de las entrevistadas presenta una separación reciente, no aparece esto como obstáculo para enfrentar la situación. Dicen estar juntos frente al nacimiento del bebé, con lo cual esta entrevistada estaría en una situación de vulnerabilidad baja.

Se puede concluir entonces, que el indicador “contexto en el aparece la información de la patología cardíaca del bebé” da cuenta de que en seis casos las entrevistadas se encuentran en situación de vulnerabilidad alta.

F-Análisis e interpretación del indicador: Criterio de realidad frente a la información recibida

De los siete casos entrevistados, se desprende que en seis, se ha conservado el criterio de realidad frente a la información recibida de la enfermedad de los bebés. Lo mismo se pone de manifiesto en la aparición de sentimiento de angustia, de miedo ante la

posibilidad de no poder amamantar debido a que la posible internación o cuidados médicos no lo permitan.

En un sólo caso se observó que la información recibida afectó el criterio de realidad, dado que en función de los dichos de la entrevistada da la impresión que nada hubiera cambiado. Esta información de la patología de su bebé no modificó el modo en que la llegada del bebé es pensada. La información no se incorporó al pensamiento, no pasó a formar parte de su criterio de realidad. Sólo fortaleció, por el lado de la negación pensar a un bebé fuerte y no enfermo, que podía hacer frente a las dificultades. Esta información distorsionó el pensamiento y no permitió procesar la realidad de cómo llegará su bebé. En este último caso, la entrevistada se encuentra en una situación de vulnerabilidad psicosomática alta, en tanto que las otras seis entrevistadas la vulnerabilidad psicosomática es baja.

Es importante destacar que del análisis e interpretación de la muestra, se infiere que seis de las entrevistadas, que reciben la noticia en el curso del embarazo, que su bebé presenta patología cardíaca, se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosomática baja, por tanto, la situación de recibir dicha noticia devino en situación estresante, corroborándose así la hipótesis de la investigación:

Si una mujer embarazada recibe la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, inferida de los estudios realizados en el curso del embarazo y la embarazada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática baja, entonces la noticia recibida deviene en situación estresante.

En tanto, que una sola entrevistada de la muestra se observó en situación de vulnerabilidad psicosomática alta, por lo tanto la situación de recibir la información de que su bebé presenta patología cardíaca, devino en situación traumática, constituyéndose este caso, en un caso que corrobora la hipótesis de investigación:

Si una mujer embarazada recibe la noticia que su bebé presenta patología cardíaca, inferida de los estudios realizados en el curso del embarazo y la embarazada se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosomática alta, entonces la noticia recibida deviene en situación traumática.

Para concluir, se considera que la relevancia de esta investigación se fundamenta en la posibilidad de aportar elementos de observación para la prevención de la futura diada y favorecer el desarrollo emocional del bebé. El diagnóstico precoz de una patología

prenatal, permite con antelación, poner en funcionamiento recursos adecuados para adaptarse a las condiciones en que nacerá el bebé.

Es de interés señalar el aporte del trabajo en equipo, de la interdisciplina que puede funcionar como sostén para la familia y también para los mismos profesionales tratantes.

Bibliografía

- Balint, M. (1986): *Médico, paciente y su enfermedad*. Buenos Aires. Libros Básicos.
- Baraibar, R. (1996): "Sobre la tarea asistencial del psicólogo integrado al equipo quirúrgico" *Revista Psicología y medicina VIII*. Buenos Aires.
- Baraibar, R. (1995): "Preparación psicológica para cirugía: una estrategia focalizada" *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*. Montevideo. Roca Viva.
- Benyacar, M. (1997): "Trauma y estrés, perspectivas clínicas", en Fisher, H y cols., *Conceptos fundamentales de psicopatología II*. Buenos Aires. Centro Editor Argentino.
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993): *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires. Paidós.
- Bleichmar E, (2005): *Manual de psicoterapia para padres e hijos*. Buenos Aires. Paidós.
- Caplan, G. (1966): *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires. Paidós.
- D'Alvia, R. y Maladesky, A. (1991): *Modelos de abordaje en psicopatología. Lecturas de lo psicopatológico*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- D'Alvia, R. (2007-2008): "Calidad de vida y sus implicancias en la salud". *Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31*. Buenos Aires. AEAPG
- Farberman, D. (2010): *El psicólogo en hospital pediátrico. Herramientas de intervención*. Buenos Aires. Paidós
- Freud, S (1976): Manuscrito E, En "Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos de la vida de Freud" [1894]. En *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976): "Proyecto de psicología." En "Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos de la vida de Freud" [1895]. En *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Freud, S (1976): "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico" [1911]. En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Freud, S (1976): "Introducción al narcisismo" [1914]. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Amorrortu editores
- Freud, S (1976): "Mas allá del principio del placer" [1920] En *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Freud, S (1976): "El yo y el ello" [1923]. En *Obras Completas* Tomo XIX. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

- Freud, S (1976): "Inhibición, síntoma y angustia"[1926] . En *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Freud, S (1976): "El malestar en la Cultura" [1929-30]. En *Obras Completas*. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Fishbein, J. (2007-2008): "El acontecimiento somático. Desarrollos desde la clínica psicoanalítica". *Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31*. Buenos Aires. AEAPG.
- Glasserman M .R. (1969): "Psicoprofilaxis quirúrgica: una técnica preventiva". *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina* .Vol. 15. Buenos Aires. Fundación Acta.
- Jaimsky G. (2008): *Cuerpo y construcción psíquica. La seducción primaria en la relación madre-bebé*. Buenos Aires. Ediciones Continente.
- Laplanche, J y Pontalis, J.B. (1981): *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona Labor.
- Lebovici, S (1983): *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Lebovici, S (1988):"El psicoanálisis y el estudio de las interacciones tempranas". En *Revista Psicoanálisis*. ApdeBa. Vol.VIII. N° 2-3. Buenos Aires.
- Levin, A. (2007-2008): "El chiste y la angustia: Mafalda ¿Cómo era que eran derechos los derechos humanos?" *Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31*. Buenos Aires. AEAPG.
- Levin de Said, A. (2005): *El sostén del ser: Contribuciones de Donald Winnicott y Piera Aulagnier*. Buenos Aires. Paidós
- Mahler, M. (1975): *El nacimiento del infante humano. Simbiosis e individuación* Buenos Aires. Marymar
- Maladesky, A. (2007-2008): "Proyecto de investigación de factores de riesgo somático y psíquico y desarrollo de un programa de prevención en psicósomática". *Revista Asociación Argentina Escuela para Graduados Nro. 31*. Buenos Aires. AEAPG
- Moise, C (1998): *Prevención y Psicoanálisis propuestas en salud comunitaria*. Buenos Aires. Paidós.
- Morin, E. (1984): *Ciencia y consciencia* .Anthropos, Barcelona.
- Mucci, M. (2015): *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires. Paidós
- Rinaldi, G. (2001): *Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía*. Buenos Aires. Paidós.

- Ruiz A. L. (2004): *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires. Miño y Dávila
- Sassi E. (1994): "El lugar de la interdisciplina y el trabajo en equipo frente a las problemáticas sociales". *Revista en Psicoanálisis y Medicina Nro. 6*. Buenos Aires
- Winnicott, D. (1986): *Realidad y juego*. Buenos Aires. Gedisa
- Winnicott, D. (1990): "La madre de devoción corriente". En *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires. Paidós.
- Winnicott, D. (1993): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Paidós
- Winnicott, D. (1993): *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires. Paidós
- Winnicott, D. (1999): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Zukerfeld, R. y Zukerfeld Zonis, R.(2002): "Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica" . En *Vulnerabilidad, sostén y evolución terapéutica*. XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Fepal. Montevideo.
- Zukerfeld Zonis R. (1999): *Psicoanálisis. Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires. Lugar.

Anexo 1: Cuadro 1

Indicadores de vulnerabilidad psicosomática						
Entrevistada	Registro de emociones	Tipos de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.	Recursos para enfrentar las emociones. (en forma inmediata y con posterioridad).	Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.	Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.	Criterio de realidad frente a la información recibida.
Nro. 1	“Si”	<p>“Estoy contenta, cardíaco es mejor que Down. Después de nuevo triste (...)</p> <p>Estoy dolida, tengo miedo que haya riesgo de vida.</p> <p>No me imagino a la beba por miedo, el otro embarazo me imagine todo bien y me fue mal con el padre(...)” (Se divorcia del padre del 1er hijo)</p>	<p>“Paulatinamente. No me quise alarmar y pensar lo peor (...)</p> <p>Cuando me informan, escucho y no caigo, después de dos días de llanto, la peleo otra vez (...)</p> <p>Con altibajos, pensando más, pero pensar tan positivo no sirve, te dicen otra cosa y te vuelven a bajar (...)</p> <p>Sali del estudio con el médico y no sabía dónde quedaba mi casa. Estaba sola (...)</p> <p>Pedí licencia en las Escuelas por lo emocional.”</p>	<p>“Con mi mamá, con los más cercanos. Amigos no muchos, sólo con dos mejores amigas.</p> <p>El resto sabe pero no hablo de lo que me pasa. Mi hijo no sabe”.</p> <p>Acepta continuar conversando después de la entrevista</p>	<p>“Mi papá está con Parkinson, empeoró este año, está en cama (...)</p> <p>Mi pareja actual no es el papá de mi primer hijo (...)</p> <p>Iniciamos una nueva convivencia. Él vivía en la provincia y se mudó acá. Es una nueva adaptación a vivir de a 3 con mi hijo.</p> <p>El papá de mi primer hijo nunca colaboró, imaginaba que con este iba a estar todo bien, ser distinto (...)</p> <p>Trabajo con niños discapacitados. Para mí la discapacidad es horrible pero es hermosa por el vínculo que entablas”.</p>	<p>“No pensé que el bebé podía nacer con problemas (...)</p> <p>No me lo puedo imaginar, me bloqueo.</p> <p>No me imagino alimentarlo. Me encantaría pero prefiero no pensar porque no va a suceder en el primer periodo.</p> <p>No puedo imaginarme ropa ni moisés. Me lo prestaron y lo tape(...).</p>

Entrevistada	Indicadores de vulnerabilidad psicosomática					Criterio de realidad frente a la información recibida.
	Registro de emociones	Tipos de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.	Recursos para enfrentar las emociones. (en forma inmediata y con posterioridad).	Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.	Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.	
Nro. 2	<p>“Sí”</p>	<p>“Empecé a tener contracciones, la panza dura de la angustia. Psicosomatice en el cuerpo. Salí llorando, estaba con mi marido no era algo esperable (...) Mi marido dice: “no podemos vivir este embarazo con tranquilidad y felices, cada rato nos bombardean” (...) Duele no saber (...) Les explico a mis hijos: “Mamá llora porque se preocupa” (...) Hay que explicarles a los chicos las emociones normales (...) Lo peor es la incertidumbre”.</p>	<p>“Pienso que mi bebé es muy fuerte, ya pasó por tantas (hematoma, supuesto diagnóstico de Down) (...) Soy activa, madraza. Las actividades ayudan y de noche trato de conectarme con mi dolor para procesar (...) A lucharla y no dar pena. Tengo 4 chicos que sacar adelante (...) Con el embarazo anterior me aferré a la fe, fui a curas sanadores y el último mes desapareció y todo fue bien (quiste plexo orquideo) (...) Los chicos me vieron llorar les explique que su hermano tenía un problemita chiquito, pero que se iba a curar”.</p>	<p>“Con nuestros familiares. Soy reservada, no me gusta el chismerío. Soy de poco hablar”. No tiene preguntas después de la entrevista.</p>	<p>“Tuve 2 embarazos perfectos. Los mellizos estuvieron en neo, nacieron de 36 semanas (...) El Dr. X es un señor, para mí la calidad de la persona del médico es fundamental”. Relata que otros estudios anteriores no recibió ese cuidado, o le mandaban a hacer estudios carísimos, que no realizó.</p>	<p>“Me lo re imagino. Preparamos la cuna con los chicos (...) Siento que el bebé es fuerte, pasamos tanto que es fuerte”.</p>

Indicadores de vulnerabilidad psicósomática						
Entrevistada	Registro de emociones	Tipos de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.	Recursos para enfrentar las emociones. (en forma inmediata y con posterioridad).	Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.	Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.	Criterio de realidad frente a la información recibida.
Nro. 3	“Si, cien por ciento”	“Recibí la información mal, con mucha angustia y llanto”.	“Vivo pensando en ésto. Primero me dijeron que era una sospecha, ahora ya se confirmó (llora) (...) Necesito compartir la información para sentirme querida, que los tengo cerca para acompañarme (...) Es mejor saber, pero desde la semana 20 es mucho, pase un embarazo de mierda”.	“Comparto todo, soy para afuera, con mi familia y mis amigos. El círculo íntimo lo saben todos”. Preguntan después de la entrevista como contarles a los otros hijos.	“Hace seis meses tuvo una cirugía del cerebro el papá de mi marido. Está bien, fue antes del embarazo. Tuvo una ACV (...) Jamás me imaginé un problema así (...) Me hice el estudio genético y todo bien (...) Mis otros hijos todo bien (...) No digo que no está bueno saberlo, pero si lo hubiera sabido en la semana 10 u 11 no hubiera seguido el embarazo (...) No lo hablamos con mi marido, lo digo acá”	“No me lo puedo imaginar. Mi hijo es más blanquito y mi hija más negrita, antes pensaba como cuál será. Ahora no me importa, es nena (...) Sueño con alimentarla, no se si voy a poder. Me encantaría darle la teta, si no puedo no importa”.
Nro. 4	“Si”	“Es difícil porque son 2 y me mostraron las diferencias (...) Cambié tanta felicidad por miedo. Uno ya viene asustado por tantos resultados médicos negativos, estudios, fertilizaciones asistidas y en la 2da quedé embarazada de 2 embriones (...) Nos angustió pensar en una cirugía tan chiquita”.	“La información nos la dio el Dr. X nos angustiamos y te ayuda contarle a la gente (...) Saber el diagnóstico es importante para estar preparados (...) Ya fuimos tres veces a ver al cura”.	“Compartimos la información con todos. Tuvimos acompañamiento desde el principio. Queríamos contarle para que nadie se sorprenda y llegar al parto felices”.	“Hicimos 2 fertilizaciones. Si, pensamos que podían nacer con problemas, problemas normales (...) ¿Si tenemos antecedentes? Sería lo que faltaba! Hace 3 años que estamos buscando un hijo y 5 que estamos juntos”.	Ante la pregunta de cómo se imagina al bebé, abre una carpeta y muestra la foto de la ecografía. “No, no los imagino, espero (...) Espero poder darles la teta”.

Indicadores de vulnerabilidad psicosomática						
Entrevistada	Registro de emociones	Tipos de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.	Recursos para enfrentar las emociones. (en forma inmediata y con posterioridad).	Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.	Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.	Criterio de realidad frente a la información recibida.
Nro. 5	“SI”	“Se fue incrementando la angustia, peor cada vez que recibíamos una mala noticia más”.	“Es una incertidumbre muy angustiada, no puedo manejarlo, pensás qué más va a tener (...) Hay días que estoy bien, hay días que no, me sirve llorar. Uno quiere saber todo, si va a estar bien, si va a quedar con alguna discapacidad, física, emocional, si va a tener una vida normal. Queremos saber toda la información y no esperar hasta el final”.	“Lo comparto con todos, todos acompañan, están atentos”. Preguntan después de la entrevista cómo contarle al hijo. Fueron a la primera ecografía con el niño. “Algo escuchó, algo sabe. Es sensible y curioso. Estuvo dos o tres días tristes porque se le murió el pececito. También me preguntó que es un paro cardíaco y pregunto si así se muere .Lloró.”	“Nosotros estamos separados. Decidimos tener a la beba. No convivimos pero estamos juntos (...) No es como el primer embarazo acá uno se preocupa por más cosas (...) Los médicos saben más de lo que te transmiten, el Dr. X nos explicó muy bien.	Ante la pregunta de cómo se imagina al bebé, llora “Me lo imagino como mi otro hijo. Me imagino con la teta... pero tengo miedo de no poder hacerlo”.
Nro. 6	“SI”	“Me hice el scan fetal, fue horrible, estaba sola, peor que cuando se murió mi papá (falleció el año pasado) (...) Estoy enojada, no quería estar embarazada así”	“Estuve mejor desde que me empecé atender acá, con contención médica global y mi familia” (se fueron a vivir a una provincia por cuestiones laborales hace un año)	“A la primera que le conté fue a una familiar que es médica y a mi mamá. Después con toda mi familia de acá y mis amigos. A los cercanos, a mis tíos no”.	“Nos fuimos a vivir a la provincia por cuestiones laborales hace un año. Mi familia es de acá y la de mi marido está repartida por todos lados (...) El año pasado después de una enfermedad importante, falleció mi papá (...) Hace unos años me hice un bypass gástrico (...) Yo estoy viviendo acá y mi marido va y viene por el trabajo, estamos todo el tiempo comunicado por WhatsApp”.	“Me lo imagino chiquito (están pendientes del bajo peso) Me lo imagino de mil maneras, pero antes me lo imaginaba gordito, señalándose a ella, nunca chiquito como dicen ahora (...) Quiero dar la teta claramente, eso es lo que pienso más chocante!”

Indicadores de vulnerabilidad psicosomática						
Entrevistada	Registro de emociones	Tipos de emociones que aparecen frente a la enfermedad del bebé.	Recursos para enfrentar las emociones. (en forma inmediata y con posterioridad).	Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.	Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.	Criterio de realidad frente a la información recibida.
Nro. 7	Pregunta: “¿antes de esto? No”	“Pienso día y noche. Sentía mucha dicha y felicidad y te roban todo eso (...) El saber que hay tantos estudios ya te generan ansiedad (...) Hoy lo vi” (se refiere en una ecografía). (Llora).	“Con la noticia, todos nos trataron muy bien. El Dr. X nos dijo que tenemos que transitarlo con esperanza y confianza (...) El paso a paso no nos sirve, queremos saber las opciones(...) Con la información adecuada dejamos de hacer un duelo que no correspondía. La decisión es seguir adelante esperanzados”.	“Si, todos están al tanto. Son un apoyo fundamental”.	“Estábamos reformando la casa cuando nos dieron el diagnóstico. Nos habíamos mudado (...) El año pasado perdimos un embarazo (legrado)(...) Respecto de los médicos, hay maneras como te lo comunican, palabras. Antes de verlo al Dr. X, no nos habían informado los datos duros, eran reticentes a dar datos. El Dr. X todo lo contrario, nos dio la información de lo que se puede hacer”.	“Hoy nos lo mostraron en 4D. Es muy parecido al papá. No le imaginaba una carita, son más sensaciones, hoy lo vi.(Llora)(...)Me preocupa si voy a poder dar la teta “. (Llora).

Anexo 2: Cuadro 2

Entrevistada							
	Nro. 1	Nro. 2	Nro. 3	Nro. 4	Nro. 5	Nro. 6	Nro. 7
Indicadores de vulnerabilidad psicósomática							
Registro de emociones	“SI”	“SI”	“Si, cien por ciento”.	“SI”	“SI”	“SI”	Pregunta: “¿antes de esto? No”.
Tipos de emociones que aparecen frente a la información de la enfermedad del bebé.	“Estoy contenta, cardíaco es mejor que Down. Después de nuevo triste (...) Estoy dolida, tengo miedo que haya riesgo de vida. No me imagino a la beba por miedo, el otro embarazo me imagine todo bien y me fue mal con el padre(...)” (Se divorcia del padre del 1er hijo)	“Empecé a tener contracciones, la panza dura de la angustia. Psicomatica en el cuerpo. Salí llorando, estaba con mi marido no era algo esperable (...) Mi marido dice: “no podemos vivir este embarazo con tranquilidad y felices, cada rato nos bombardean” (...) Duele no saber (...) Les explico a mis hijos: “Mamá llora porque se preocupa” (...) Hay que explicarles a los chicos las emociones normales (...) Lo peor es la incertidumbre”.	“Recibi la información mal, con mucha angustia y llanto”.	“Es difícil porque son 2 y me mostraron las diferencias (...) Cambié tanta felicidad por miedo. Uno ya viene asustado por tantos resultados médicos negativos, estudios, fertilizaciones asistidas y en la 2da quedé embarazada de 2 embriones (...) Nos angustió pensar en una cirugía tan chiquita”.	“Se fue incrementando la angustia, peor cada vez que recibíamos una mala noticia más”.	“Me hice el scan fetal, fue horrible, estaba sola, peor que cuando se murió mi papá (falleció el año pasado) (...) Estoy enojada, no quería estar embarazada así”	“Pienso día y noche. Sentía mucha dicha y felicidad y te roban todo eso (...) El saber que hay tantos estudios ya te generan ansiedad (...) Hoy lo vi” (se refiere en una ecografía). (Llora).

Entrevistada							
	Nro. 1	Nro. 2	Nro. 3	Nro. 4	Nro. 5	Nro. 6	Nro. 7
Indicadores de vulnerabilidad psicosomática							
Recursos para enfrentar las emociones.(en forma inmediata y con posterioridad).	<p>“Paulatinamente. No me quise alarmar y pensar lo peor (...) Cuando me informan, escucho y no caigo, después de dos días de llanto, la pelea otra vez (...) Con altibajos, pensando más, pero pensar tan positivo no sirve, te dicen otra cosa y te vuelven a bajar (...) Salí del estudio con el médico y no sabía dónde quedaba mi casa. Estaba sola (...) Pedí licencia en las Escuelas por lo emocional.”</p>	<p>“Pienso que mi bebé es muy fuerte, ya pasó por tantas (hematoma, supuesto diagnóstico de Down) (...) Soy activa, madraza. Las actividades ayudan y de noche trato de conectarme con mi dolor para procesar (...) A lucharla y no dar pena. Tengo 4 chicos que sacar adelante (...) Con el embarazo anterior me aferré a la fe, fui a curas sanadores y el último mes desapareció y todo fue bien (quise plexo orquídeo) (...) Los chicos me vieron llorar les explique que su hermano tenía un problemita chiquito, pero que se iba a curar”.</p>	<p>“Vivo pensando en ésto. Primero me dijeron que era una sospecha, ahora ya se confirmó (llora) (...) Necesito compartir la información para sentirme querida, que los tengo cerca para acompañarme (...) Es mejor saber, pero desde la semana 20 es mucho, pase un embarazo de mierda”.</p>	<p>“La información nos la dio el Dr. X nos angustiamos y te ayuda contarlo a la gente (...) Saber el diagnóstico es importante para estar preparados (...) Ya fuimos tres veces a ver al cura”.</p>	<p>“Es una incertidumbre muy angustiosa, no puedo manejarlo, pensás qué más va a tener (...) Hay días que estoy bien, hay días que no, me sirve llorar. Uno quiere saber todo, si va a estar bien, si va a quedar con alguna discapacidad, física, emocional, si va a tener una vida normal. Queremos saber toda la información y no esperar hasta el final”.</p>	<p>“Estuve mejor desde que me empecé atender acá, con contención medica global y mi familia” (se fueron a vivir a una provincia por cuestiones laborales hace un año)</p>	<p>“Con la noticia, todos nos trataron muy bien. El Dr. X nos dijo que tenemos que transitarlo con esperanza y confianza (...) El paso a paso no nos sirve, queremos saber las opciones(...) Con la información adecuada dejamos de hacer un duelo que no correspondía. La decisión es seguir adelante esperanzados”.</p>

Entrevistada							
	Nro. 1	Nro. 2	Nro. 3	Nro. 4	Nro. 5	Nro. 6	Nro. 7
Indicadores de vulnerabilidad psicosomática							
Posibilidad de poner en palabras el problema con otros significativos.	<p>“Con mi mamá, con los más cercanos. Amigos no muchos, sólo con dos mejores amigas. El resto sabe pero no hablo de lo que me pasa. Mi hijo no sabe”.</p> <p>Acepta continuar conversando después de la entrevista</p>	<p>“Con nuestros familiares. Soy reservada, no me gusta el chismerío. Soy de poco hablar”.</p> <p>No tiene preguntas después de la entrevista.</p>	<p>“Comparto todo, soy para afuera, con mi familia y mis amigos. El círculo íntimo lo saben todos”.</p> <p>Preguntan después de la entrevista como contarles a los otros hijos.</p>	<p>“Compartimos la información con todos. Tuvimos acompañamiento desde el principio. Queríamos contarle para que nadie se sorprenda y llegar al parto felices”.</p>	<p>“Lo comparto con todos, todos acompañan, están atentos”.</p> <p>Preguntan después de la entrevista cómo contarle al hijo. Fueron a la primera ecografía con el niño. “Algo escuchó, algo sabe. Es sensible y curioso. Estuvo dos o tres días tristes porque se le murió el pececito. También me preguntó que es un paro cardíaco y pregunto si así se muere .Lloró.”</p>	<p>“A la primera que le conté fue a una familiar que es médica y a mi mamá. Después con toda mi familia de acá y mis amigos. A los cercanos, a mis tíos no”.</p>	<p>“Si, todos están al tanto. Son un apoyo fundamental”.</p>

Entrevistada							
	Nro. 1	Nro. 2	Nro. 3	Nro. 4	Nro. 5	Nro. 6	Nro. 7
Indicadores de vulnerabilidad psicosomática							
Contexto en el que aparece la información de la enfermedad del bebé.	<p>“Mi papá está con Parkinson, empeoró este año, está en cama (...) Mi paréja actual no es el papá de mi primer hijo (...) Iniciamos una nueva convivencia. Él vivía en la provincia y se mudó acá. Es una nueva adaptación a vivir de a 3 con mi hijo.</p> <p>El papá de mi primer hijo nunca colaboró, imaginaba que con este iba a estar todo bien, ser distinto (...) Trabajo con niños discapacitados. Para mí la discapacidad es horrible pero es hermosa por el vínculo que entablas”.</p>	<p>“Tuve 2 embarazos perfectos. Los mellizos estuvieron en neo, nacieron de 36 semanas (...) El Dr. X es un señor, para mí la calidad de la persona del médico es fundamental”. Relata que otros estudios anteriores no recibió ese cuidado, o le mandaban a hacer estudios carísimos, que no realizó.</p>	<p>“Hace seis meses tuvo una cirugía del cerebro el papá de mi marido. Está bien, fue antes del embarazo. Tuvo una ACV (...) Jamás me imaginé un problema así (...) Me hice el estudio genético y todo bien (...) Mis otros hijos todo bien (...) No digo que no está bueno saberlo, pero si lo hubiera sabido en la semana 10 u 11 no hubiera seguido el embarazo (...) No lo hablamos con mi marido, lo digo acá”</p>	<p>“Hicimos 2 fertilizaciones. Si, pensamos que podían nacer con problemas, problemas normales (...) ¿Si tenemos antecedentes? Sería lo que faltaba! Hace 3 años que estamos buscando un hijo y 5 que estamos juntos”.</p>	<p>“Nosotros estamos separados. Decidimos tener a la beba. No convivimos pero estamos juntos (...) No es como el primer embarazo acá uno se preocupa por más cosas (...) Los médicos saben más de lo que te transmiten, el Dr. X nos explicó muy bien.</p>	<p>“Nos fuimos a vivir a la provincia por cuestiones laborales hace un año. Mi familia es de acá y la de mi marido está repartida por todos lados (...) El año pasado después de una enfermedad importante, falleció mi papá (...) Hace unos años me hice un bypass gástrico (...) Yo estoy viviendo acá y mi marido va y viene por el trabajo, estamos todo el tiempo comunicado por WhatsApp”.</p>	<p>“Estábamos reformando la casa cuando nos dieron el diagnóstico. Nos habíamos mudado (...) El año pasado perdimos un embarazo (legrado)(...) Respetto de los médicos, hay maneras como te lo comunican, palabras. Antes de verlo al Dr. X, no nos habían informado los datos duros, eran reticentes a dar datos. El Dr. X todo lo contrario, nos dio la información de lo que se puede hacer”.</p>

Entrevistada							
	Nro. 1	Nro. 2	Nro. 3	Nro. 4	Nro. 5	Nro. 6	Nro. 7
Indicadores de vulnerabilidad psicossomática							
Criterio de realidad frente a la información recibida.	<p>“No pensó que el bebé podía nacer con problemas (...) No me lo puedo imaginar, me bloqueo. No me imagino alimentarlo. Me encantaría pero prefiero no pensar porque no va a suceder en el primer periodo. No puedo imaginarme ropa ni moisés. Me lo prestaron y lo tapé (...).”</p>	<p>“Me lo re imagino. Preparamos la cuna con los chicos (...) Siento que el bebé es fuerte, pasamos tanto que es fuerte”.</p>	<p>“No me lo puedo imaginar. Mi hijo es más blanquito y mi hija más negrita, antes pensaba como cuál será. Ahora no me importa, es nena (...) Sueño con alimentarla, no se si voy a poder. Me encantaría darle la teta, si no puedo no importa”.</p>	<p>Ante la pregunta de cómo se imagina al bebé, abre una carpeta y muestra la foto de la ecografía. “No, no los imagino, espero (...) Espero poder darles la teta”.</p>	<p>Ante la pregunta de cómo se imagina al bebé, llora “Me lo imagino como mi otro hijo. Me imagino con la teta... pero tengo miedo de no poder hacerlo”.</p>	<p>“Me lo imagino chiquito (están pendientes del bajo peso) Me lo imagino de mil maneras, pero antes me lo imaginaba gordito, señalándose a ella, nunca chiquito como dicen ahora (...) Quiero dar la teta claramente, eso es lo que pienso más chocante!”</p>	<p>“Hoy nos lo mostraron en 4D. Es muy parecido al papá. No le imaginaba una carita, son más sensaciones, hoy lo vi.(Llora)(...) Me preocupa si voy a poder dar la teta“(Llora).”</p>

Anexo 3: Cuadro 3

Indicadores de vulnerabilidad psicosomática		Tipo de situación	
Entrevistadas	Vulnerabilidad psicosomática baja	Resultado de la situación	
Nro. 1	<p>Se observa que muestra recursos propios para enfrentar la dificultad de su situación, para registrar sus emociones polarizadas, por ejemplo puede pensar a partir de lo conocido en su profesión (trabaja con discapacidad). Puede discriminar su situación de la discapacidad en general.</p> <p>Posee vínculos de sostén,</p> <p>Puede discriminar con quién compartir y con quién no sus inquietudes. Puede reconocer la angustia. No puede imaginar a su bebé, pero como un modo de no ilusionarse más que como negación. Tiene capacidad de pensar y discriminar. Usa defensas adecuadas</p>	Situación estresante	
Nro. 2		<p>Se infiere una dificultad para aceptar la situación. Racionaliza sus emociones ya que explica cómo debe actuar con sus otros hijos. Presenta un pensamiento mágico que le impide seguir indagando y acercándose a la información. Aparece negación y defensas maniacas. No refiere figuras de sostén en el ámbito familiar. Si bien valora la calidad del equipo médico, ante la existencia de recursos ofrecidos no los toma. Tampoco acepta conversar con la psicóloga después de la entrevista. Puede imaginar a su bebé, pero no aparece en esa imagen criterio de realidad en relación a lo expresado por los médicos. No posee recursos propios para poder pensar una situación difícil, para de esa manera anticiparse a los efectos traumáticos y procesar lo que le está pasando. No opera la angustia señal, no pone en funcionamiento defensas adecuadas ni posibilidad de proceso de ligadura.</p>	Situación traumática

Entrevistadas	Indicadores de vulnerabilidad	psicosomática	Resultado de la situación
	Vulnerabilidad psicosomática baja	Vulnerabilidad psicosomática alta	Tipo de situación
<p>Nro. 3</p>	<p>Se observa que presenta vínculos de sostén dado que comparte la información con sus familiares y amigos. Puede discriminar y elegir compartir con su círculo íntimo sus preocupaciones. Cuenta con el equipo médico como red de sostén.</p> <p>Tiene registro de su problemática y de la necesidad de sostén en los otros significativos para tramitar la misma.</p> <p>Reconoce la angustia, puede procesar, pensar y sostenerse en los otros.</p> <p>Ante lo inesperado de la información, ante el impacto emocional puede expresarse y compartir con sus vínculos significativos.</p> <p>Puede hablar acerca de sus temores, dificultades, (dice: “haber perdido la ilusión del hijo soñado”) lo que daría cuenta que puede pensar, procesar la situación que está atravesando.</p> <p>Presenta mayor entramado, y más posibilidad de poner en funcionamiento defensas adecuadas.</p> <p>Puede imaginarse a su bebé, adecuando esa imagen a la información referida por los médicos (criterio de realidad).</p>		<p>Situación estresante</p>
<p>Nro. 4</p>	<p>Tiene antecedentes de dificultades, ya que han realizado tratamientos de fertilización asistida a pesar de esto, dice estar preparada a los resultados negativos, para hacer frente a los obstáculos .Refiere contar con vínculos de sostén, puede compartir la información y se siente acompañada.</p> <p>Señala que tiene miedo, que está asustada, pero ese miedo no interfiere el pensar, de ligar tiene capacidad de discriminar sus emociones, de pensar y discernir,</p> <p>El contar cumple la función de evitar la sorpresa y poder llegar de esta forma a un parto feliz. Se infiere de lo dicho que estaría poniendo en funcionamiento mecanismos más evitativos y de control. Si bien no se imagina al bebe, sin embargo le están armando de fotos que comienza con las imágenes de la ecografía (criterio de realidad)</p> <p>Imagina poder amamantar a su bebe.</p>		<p>Situación estresante</p>

Entrevistadas	Indicadores de vulnerabilidad		Tipo de situación
	Vulnerabilidad psicossomática baja	Vulnerabilidad psicossomática alta	
Nro. 5	<p>Acude a la entrevista con el padre del bebé, aclarando que si bien están separados, están juntos en esta situación. Presenta vínculos de sostén, comparte la información con sus allegados y se siente acompañada.</p> <p>Presenta recursos frente a la angustia, para tolerar la incertidumbre. Señala que le sirve llorar como modo de descargar la intensidad de sus emociones.</p> <p>Se observa su necesidad de tener información, piensa que le proveerá recursos. Pone en funcionamiento defensas adecuadas.</p> <p>Puede imaginarse a su bebé, pero no se ilusiona en exceso, expresa sus miedos. Desea amamantar pero reconoce y puede pensar acerca de sus miedos de no poder hacerlo.</p> <p>Pregunta por cómo abordar el tema del problema del bebé con su hijo mayor</p> <p>Valora la información del equipo del médico, aunque la considera insuficiente. Expresa: " Quiero saber todo y no esperar hasta el final"</p>		Situación estresante
Nro. 6	<p>Expresa que para ella es muy importante estar cerca de sus vínculos significativos y ser atendida por un equipo médico confiable. Para eso se trasladó a Bs As desde su lugar de residencia actual.</p> <p>Con el apoyo de vínculos de sostén puede ligar, tramitar. Puede pasar del enojo a poder instrumentar recursos propios que le permitan enfrentar la noticia de la enfermedad de su bebé.</p> <p>Puede imaginarse a su bebé, adecuando esa imagen a la real (bebe chiquito) y desechando la fantaseada (gordito, parecido a ella) y expresa su deseo de amamantar y el dolor o enojo que sería no poder hacerlo.</p> <p>Pone en funcionamiento las defensas necesarias para hacer frente a los obstáculos, puede pensar y buscar recursos que la ayuden a tolerar las emociones.</p>		Situación estresante

Entrevistadas	Indicadores de vulnerabilidad psicosomática		Tipo de situación
	Vulnerabilidad psicosomática baja	Vulnerabilidad psicosomática alta	Resultado de la situación
Nro. 7	<p>Se infiere que presenta ansiedad y angustia. Dice que le robaron la felicidad. A pesar de esto, puede tomar la sugerencia del equipo médico. Puede pensar y discriminar, aceptar los recursos y transitar esta situación con esperanza. Puede poner en funcionamiento recursos que le permitían reconocer sus emociones y buscar modos de procesarlas.</p> <p>Posee vínculos de sostén</p> <p>Necesita tener los datos claros para poder procesar el impacto de la situación y poder pensar y anticiparse a la misma.</p> <p>En la ecografía encuentra al bebé parecido al papá, de lo dicho se infiere que éste es un modo de alojar al futuro hijo en el seno de la familia.</p> <p>Expresa sus emociones, se angustia y llora, se preocupa por la posibilidad de poder amamantar a su bebé. Puede poner en palabras lo que siente, esto implica una capacidad de pensar y procesar las emociones.</p>		Situación estresante

Anexo 4: Cuadro 4

Indicadores de vulnerabilidad	Tipo de situación		Resultado
	Situación estresante	Situación traumática	
Entrevistada Nro. 1	5 indicadores	1 indicador (contexto)	Situación estresante
Entrevistada Nro. 2	0 indicadores	6 indicadores	Situación traumática
Entrevistada Nro. 3	5 indicadores	1 indicador (contexto)	Situación estresante
Entrevistada Nro. 4	4 indicadores	2 indicadores (contexto y poner en palabras)	Situación estresante
Entrevistada Nro. 5	6 indicadores	0 indicadores	Situación estresante
Entrevistada Nro. 6	5 indicadores	1 Indicador (contexto)	Situación estresante
Entrevistada Nro. 7	5 indicadores	1 Indicador (contexto)	Situación estresante

Anexo 5: Consentimiento informado

Soy la Lic. Sandra Vorobechik, pertenezco a la Asociación Argentina de Psicoterapia para Graduados, en convenio con la UNLAM. Estoy investigando sobre el tema: “Impacto emocional que produce el diagnóstico prenatal de patología cardíaca en la mujer embarazada”.

Le voy a dar información e invitarla a participar de una investigación. Le pido que me haga todas las preguntas que necesite para comprender la importancia de su participación.

La intervención que se le solicitará consistirá en responder un breve cuestionario y entrevista de 20 minutos.

Estamos invitando a participar a las mujeres embarazadas que se han realizado los estudios de rutina y reciben la información que su hijo presenta una enfermedad cardíaca. Este estudio exploratorio tiene por objetivo preparar a la madre para estar en mejores condiciones psicofísicas para el nacimiento del hijo y mejorar el vínculo con el equipo médico.

Su participación será anónima, no constarán las identidades de aquellos que participen. La información que recojamos con este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

El conocimiento que obtengamos de esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante. Me ha sido leída y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella, entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera a mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____
Firma del Participante _____
Fecha _____
Día/mes/año _____ / _____ / _____

Anexo 6: Modelo de las entrevistas

Edad:

Semana de gestación:

Nro. de control ecográfico:

Ocupación:

Hijos:

1. ¿Puede diferenciar habitualmente y fácilmente estados de enojo, miedo o tristeza?
2. ¿Cómo recibió la información del problema de su bebé?
3. ¿Conocía o sabía de la existencia de esa afección?
4. ¿Piensa que esta información modificó su emocionalidad? ¿Cómo?
5. ¿Está atravesando o atravesó recientemente alguna situación difícil laboral, económica o de salud propia o de algún familiar o amigo cercano, tales como enfermedad, fallecimientos, mudanzas, despidos, migraciones, etc.?
6. ¿Pudo compartir esta información con familiares y amigos?
7. ¿Pensó alguna vez que su bebé podía nacer con algún problema? ¿Hay antecedentes familiares?
8. ¿Cómo imagina a su bebé?
9. ¿Cómo imagina el momento de alimentar a su bebé?
10. Relate lo que pueda contar del momento en que se enteró de que el bebé tenía este problema.