

PSICOLOGÍA MÉDICA EN LA UNIDAD DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

AUTORAS: *Lic. Psic. Rosario Valdés, Ex. Asist. Lic. Psic. Ana M. Mercedes Viera, Prof. Adj. Lic. Psic. Pía Correas*

PALABRAS CLAVES: diagnóstico prenatal ecográfico, comunicación ecografista-padres, psicología perinatal

RESUMEN: En el encuadre del trabajo en la maternidad del Hospital de Clínicas en la Unidad de Ecografía de la Clínica Ginecotológica B en el ejercicio de la función asistencial como integrantes del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina. Se realiza un trabajo de prevención y terapéutica con las embarazadas, su pareja y núcleo familiar, basado en la teorización actual sobre el impacto de la ecografía y el manejo comunicacional del diagnóstico prenatal adverso.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge, a partir de la reflexión sobre la experiencia clínica y asistencial, en la maternidad del Hospital Universitario de Clínicas Dr. Manuel Quintela, como integrantes del Departamento de Psicología Médica.

Entre otras actividades se realiza una labor de observación acción en la Unidad de Ecografía, integradas al equipo de salud, en el momento de la realización de ecografías obstétricas y se da seguimiento a las madres y sus parejas luego de la comunicación de un diagnóstico adverso.

El trabajo con el equipo (ecografistas y enfermería) es continuo y da como resultado un abordaje de elaboración de situaciones estresantes y de sostén que aumentan la calidad de atención profesional y humana a las madres. Creándose un espacio de protección para el estrés laboral y el síndrome de burn out¹.

Al ser una maternidad de tamaño reducido, se puede lograr un

tratamiento integrador de alto impacto a nivel bio-psico-social donde los objetivos terapéuticos se deciden desde una multiplicidad de variables acordes a cada caso. La comunicación entre los distintos actores que rodean a la embarazada y su pareja, es más directa y fluida, pudiéndose llevar a delante reuniones continuas de coordinación para el tratamiento y decisiones médicas a tomar, en cada momento que esto fuera necesario.

La ecografía obstétrica es un diagnóstico de rutina del desarrollo del embarazo normal y la mayor parte de los diagnósticos realizados corresponden a fetos sanos. Por lo tanto, el uso social y lo esperable de una ecografía es la información inmediata de todo aquello que sea visto en la pantalla.

A esto se suma que el encuadre de la ecografía obstétrica se caracteriza por la cercanía física real del profesional con la paciente, y en muchas instancias su pareja y demás miembros de la familia que quieren compartir ese momento. Esta es una oportunidad que los familiares tienen para acompañar a las madres entre las múltiples consultas y controles, más valorado porque se comparte lo visto en la pantalla en forma inmediata con ella.

El profesional está al mismo tiempo viendo y diagnosticando y queda expuesto su lenguaje corporal, su gestualidad y la expresión no verbal que es decodificada por la paciente y sus acompañantes.

El ecografista es el médico que realiza la técnica diagnóstica, en nuestro país la mayoría de ellos son obstetras, pero los hay también imagenólogos.

Resulta interesante resaltar la diferencia en el establecimiento del vínculo entre el ecografista y la madre, según si coincide en que éste sea el obstetra tratante, como suele suceder en comunidades más pequeñas, el realizar la ecografía, informarla y evaluar el tratamiento a seguir se resuelven con el mismo profesional. Sin embargo lo que suele suceder en comunidades y servicios de Salud más grandes, es que este vínculo se establezca solamente durante

1. Maslach, C y Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

este encuentro y con suerte será el mismo ecografista durante todas las ecografías de control de la gestante. No es raro encontrar pacientes con múltiples ecografías realizadas por distintos ecografistas (y ecógrafos) perdiendo confiabilidad en la comparación entre los resultados, ya que existe una variabilidad entre técnicos, ecógrafos e informes, pequeña pero real.

El sistema legal Uruguayo, que penaliza la interrupción del embarazo -con la excepción de riesgo vital de la madre- nos da una población materna que, frente a la detección de patologías fetales durante el diagnóstico prenatal, debe mantener su embarazo hasta el término del mismo. Dado que la detección de la mayoría de las patologías se da en el entorno de las 21 semanas (los cinco meses), nos da la posibilidad de trabajo con los padres y el equipo durante los meses previos al parto.

LAS REPRESENTACIONES MATERNAS

Desde antes de la concepción, la madre irá formándose una imagen física de su bebé, partiendo por su sexo, su apariencia, rasgos, nivel de actividad y su parecido a los miembros de la familia. Le pondrá nombre e imaginará las posibles características temperamentales y de personalidad, lo calificará como un bebé "bueno" o "demasiado inquieto", lo ubicará dentro de la tipología caracterológica de su familia, como una mezcla de personalidades o una en particular "será igual que su abuelo...", etc.

Lo imaginará en diversos estilos de interacción con ella y su pareja, preparándose para distintas características de vínculo desde el binomio proximal y los intercambios afectivos de la triangulación, hasta la incorporación de los otros (hermanitos, familiares y otros significativos) en los aportes afectivos hacia el bebé.

¿En base a qué referentes es que una mujer embarazada puede atribuir características físicas y temperamentales a su futuro bebé? S. Lébovici (1985) afirma que esto es posible por la presencia de fantasías muy arcaicas sobre lo que él describe como los distintos bebés que pueblan el psiquismo de los padres:

a) El bebé fantasmático, inconsciente, relacionado con el complejo de Edipo y unido a las diversas representaciones que ese bebé condensa en cuanto a culpas y deseos incestuosos, así como rivalidad con el padre del mismo sexo. Situación en la que el diagnóstico de una patología o malformación en el feto pueden disparar en la expresión de pensamientos mágicos de castigo o confirmación de un interior destruido que no puede albergar bebés sanos.

b) El bebé imaginario (ideal), consciente, unido al proyecto de la pareja de tener un hijo recipiente de proyecciones de deseos narcisistas y de inmortalidad al continuar nuestros genes en ellos. Es la posibilidad de ser los padres ideales con el hijo ideal que o fueron ellos mismos para sus padres. Es este bebé el que da apoya-tura a la cadena transgeneracional del proyecto familiar.

c) El bebé real, con un sexo, un peso, un temperamento, una gestualidad determinada.

También plantea que la mujer, al inicio del embarazo, tiene un deseo de embarazo y no un deseo de niño. A medida que transcurre el embarazo va surgiendo la sensación de tener un niño en el vientre y con los movimientos fetales surge la posibilidad de pensar al bebé. Durante el embarazo la mujer comienza a desarrollar una marea representacional, preconsciente, donde se comienzan a percibir cambios y se dan redefiniciones en una serie de ámbitos. Estas representaciones son múltiples y fugaces (hoy "es una nena", mañana "es un varón", etc.). Son muy importantes porque es lo que prepara a la madre para recibir al bebé real. A las distintas representaciones sobre el bebé, que generalmente aumentan desde el cuarto mes -unido a los movimientos fetales-, se le suman los cambios en las representaciones sobre sí misma: cambio de hija de sus padres a madre de su hijo, de mujer a madre, como trabajadora, como pareja de su compañero etc., posibilitan mantener el embarazo y llevar adelante conductas de anidación.

La ecografía, y el diagnóstico prenatal en general, darían lugar a la IVF (interrupción voluntaria de la fantasía) ya que abortarían a esos otros niños fantaseados. El diagnóstico precoz es mentalmente invasivo, puede atentar contra las representaciones y la gesta-

ción psíquica, y si bien no aborta las representaciones las modifica, e interrumpe las representaciones múltiples que son las más protectoras.

LA ECOGRAFÍA

S. Missonnier, 2007² denomina la actitud emocional de los padres ante la ecografía como turismo parental, signando el momento de conocer al bebé real, estilo de ritual fundante que como tal se desencuentra con el discurso y el fin médico de hallar la anomalía. Ecografistas y futuros padres, tienen un objetivo común en apariencia: ver si el futuro bebé "va bien".

Pero el ecografista, durante la exploración, parece estar absorto en la búsqueda de los signos que descarten o confirmen una anomalía ubicando al embarazo como un síntoma, presumiendo de antemano la anomalía en el feto, (L. Gourand, 1999)³.

Los padres se acercan a la ecografía buscando, ante todo, una "garantía de normalidad"⁴. En segundo lugar, quieren conocer (o mantener en secreto) el sexo de su bebé, y aquí un margen de error siempre es posible. En algunos casos, un diagnóstico de sexo mal dado puede llegar a ser una catástrofe. En algunas culturas el sexo del feto puede llevar a la interrupción del embarazo, usando la ecografía como un medio que habilita poner en juego aspectos de género y valoración de uno de los sexos. Haciendo un paralelismo se podría pensar que es estas culturas el tener determinado sexo anatómico es considerado tan importante para la viabilidad del feto como una malformación o enfermedad genética.

2. Missonnier, S. (2007) Conferencia: "Ecografía y la Consulta Prenatal"; Maternidad del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

3. Gourand, L (1999) op.cit. p.31

4. Cordano C.; D'Agostini M. (2007) "Rol de la ecografía en el vínculo temprano" trabajo presentado en el Coloquio Vínculo Temprano Clínica y Desarrollo Infantil. Missonnier, S. (1999) "L'échographie obstétricale: un rituel séculier d'initiation a la parentalité?" en *Écoute, voir... l'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation.* p. 137

En definitiva, los padres quieren saber si su bebé real, aquel que les será revelado a través de la pantalla, se ajusta o no a su bebé imaginario y a sus expectativas. Pero ni el ecografista sabe nada sobre el bebé deseado e imaginado que mantienen los padres, ni los padres saben qué significa una anomalía, ni en el caso de detectarse qué implicará para su futuro bebé, si se les podrá decir algo sobre el pronóstico, si se podrá tratar, si es compatible con la vida, o si se tendrán que plantear una interrupción del embarazo. Para la gestante, el padre y los hermanos, que más de una vez acompañan en la ecografía, no se trata de un examen médico sino de un proto encuentro social (Missonnier, 2005) con el bebé, para ellos ya no es un feto. Allí se concentran una cantidad de ilusiones, deseos, expectativas y temores a explorar.

La ecografía tiene una especial cualidad "activante" de sentimientos, ansiedades y fantasías, que antes se daban más adelante en el embarazo (20 semanas) con los movimientos fetales. Esto genera que la toma de conciencia del embarazo por medio de la ecografía sea prematura en el tiempo de gestación, a veces en las primeras cuatro semanas, por tanto cualquier pérdida traerá consigo la tarea de elaboración y trabajo de duelo de los lazos afectivos creados con ese bebé ya no potencial.

Dada la importancia socio-cultural actual de la imagen, esa imagen del bebé que presenta la pantalla, puede convertirse en "el bebé" -tomándose la parte por el todo- al priorizar algunos aspectos específicos de la misma (por ejemplo una malformación) y disminuir tantas otras vías de encuentro como pueden ser los movimientos durante el embarazo, la marea representacional o luego del parto el tacto, el olfato y la audición.

Esto es clínicamente evidente en las diversas actitudes de los padres al momento de conocer sobre una patología en el bebé, sea antes o después del parto. No es lo mismo vivenciar una enfermedad con el hijo en los brazos, discriminado en el afuera como un otro, que interactúa ante los estímulos de los padres, gesticula, vocaliza, mira, que tiene la mayoría de su cuerpo sano, a la imagen de la ecografía que, desde lo médico, se focaliza en la anomalía.

La experiencia del encuentro con el bebé como un otro luego del parto es única, y evidencia en los padres el manejo de una patología en su bebé desde un lugar totalmente distinto y globalizador al de una imagen plana y distante como lo es la que presenta la ecografía.

El impacto de una anomalía en el desarrollo del feto tiene consecuencias dramáticas para el devenir de las representaciones de la mujer embarazada, su pareja y familia. Cuando la malformación afecta la apariencia externa del bebé, el impacto para la gestante es mucho mayor, independientemente de que el pronóstico no sea del todo malo⁵.

Es el poder de la imagen, de lo visto, sobre el devenir de las representaciones maternas y paternas, mucho más potente que el discurso técnico. Muchas veces, frente al impacto de la mala noticia, los padres actúan la angustia y el rechazo optando por la interrupción inmediata, quedando sin espacio para procesar el anuncio. Esto es vivido con gran culpabilidad por los padres. Y muchas veces la acción fue inducida luego de un anuncio muy catastrófico. Las técnicas de la obstetricia moderna han contribuido a crear un feto como paciente, pero en algunos casos, la única "terapéutica" posible para ofrecer a los padres para abordar el problema detectado es la interrupción del embarazo (ilegal en nuestro país).

MANEJO DE LA INFORMACIÓN FRENTE A LA MALA NOTICIA

Una mujer embarazada, su pareja e incluso su familia, buscan en quienes les asisten a veces más seguridad y apoyo que información técnica sobre la salud del feto. Es así que los ecografistas tendrán una gran incidencia en el proceso en que los padres representan a su bebé, especialmente en aquellos casos que se detecta una anomalía en desarrollo o anatomía del feto.

5. Mirless, V. (2005) Définir un handicap en anténatal: les complexités service de Médecine fœtale. Face à la mort périnatale et au deuil: d'autres enjeux . Institut de Puériculture Brune, Paris

El ecografista está frente a una máquina que produce imágenes donde tiene que discriminar ilusiones ópticas, limitaciones y posibles errores de la máquina, la "realidad", etc. Estos aspectos cognitivos son inseparables de los aspectos psicológicos e influyen en la percepción.

El ecografista se hace el anuncio en primera instancia a sí mismo, entonces hay que ver cómo digerir eso que ve, en solitario, frente a la pantalla, metabolizarlo para después comunicarlo. Debe controlar sus propias emociones en el momento en que encuentra una anomalía, éstas están exacerbadas y se pueden facilitar errores. El escenario en el que se encuentra aplicando su técnica diagnóstica, la simultaneidad del hallazgo y del informe a la madre allí presente, puede no ser el escenario ideal para dar una mala noticia.

L. Gourand⁶, en su experiencia como ecografista, plantea que: *"hacer una ecografía es como la tarea de atravesar un campo minado, uno no sabe de antemano si la mina va a explotar o no, pero uno tiene la misión de ir a ver si hay algún detonador que esté activado. En una ecografía se hace el mismo trayecto, uno parte de una sospecha para despistar una posible anomalía." (...)* *"Apenas si conocemos a la madre y a pesar de esto, le estamos por decir una cosa que va a ser capital y que quizás cambiará el curso de su vida."* La madre se encuentra en una situación de vulnerabilidad pero el ecografista está igualmente vulnerable ante la imagen que recibe de la pantalla, su interpretación y el deber de informar lo que observa.

Los diálogos se instalan a veces con un carácter técnico e informativo, otras veces están cargadas de ansiedad, duda y expectación. Todos los niveles de la comunicación están presentes, es decir, que lo dicho y de qué modo es dicho, pareciera tener un rol fundamental en el devenir de la situación. Un silencio del técnico en un momento de expectación puede provocar una aguda intensifica-

6. Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S. Soubieux, M.J. (1999) "L'échographie ou l'inquiétante étrangeté" en *Écoute, voir... l'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation.*

ción de las ansiedades de los demás participantes, o por el contrario, una palabra tranquilizadora en el momento oportuno puede aplacar toda esa expectación ansiosa. Todo lo que se hace, se dice, o no se hace ni se dice, parece traer varias consecuencias en las reacciones emocionales que ocurrirán en cada uno de los participantes en el marco de exploración ecográfica.

El ecografista se posiciona como continente y favorece el pensamiento, ayuda a la construcción de la parentalidad, pero por otro lado, también pueden colaborar a aumentar la angustia y los mecanismos defensivos.

Para Missonnier⁷ la gran dificultad está en no decir demasiado: *"Muchas veces el ecografista se pregunta si será capaz de enfrentar el problema sin agravar la situación frente a los padres, para esto es mejor recomponerse uno mismo antes del anuncio (porque lo dicho, dicho está, sólo en los CDs y DVDs existe la posibilidad de rebobinar) (...) Por lo general es una malformación que conocemos, donde no existe una duda considerable en cuanto al diagnóstico, pero sí hay reservas con relación al pronóstico -habrá que ver si el problema está asociado a otra cosa, no quiere decir que no haya que anunciar la anomalía, pero únicamente para decir que existe un problema."*

Por otro lado, el ginecólogo francés I. Nisand dice: *"hay palabras que matan y si no lo hacen inmediatamente lo pueden hacer más adelante, en la relación madre/hijo. Muchas veces las palabras se dicen por la angustia que provoca la ecografía."*⁸

Uno de los modos más recomendados para reducir el impacto de una malformación en los procesos de parentalización, es programar lo más rápido posible una serie de reuniones entre los padres expectantes afectados y los especialistas, neonatólogos que se encargarán de tratar la anomalía detectada para hablar sobre el

7. Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S. Soubieux, M.J. (1999) "La mauvaise nouvelle". en *Écoute, voir... l'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation.*

8. idem

pronóstico y consecuencias sobre el desarrollo global del futuro bebé (Missonnier, Soulé, Gourand y Soubieux, 1999). Tales encuentros poseerían un efecto ansiolítico considerable al tiempo que permite una preparación para el reencuentro real con el feto malformado, sus características, su apariencia y sus potencialidades para interactuar.

Missonnier nos muestra lo ambivalente y complejo que resulta exponerse a los estudios de diagnóstico prenatal: *"Una madre dijo "no quiero ir al ecografista porque es un asesino en potencia, porque puede, -si encuentra una anomalía- interrumpir mi embarazo".*⁹

A MODO DE CIERRE

A partir de nuestra experiencia y de los conceptos antes expuestos, creemos que la ecografía, como técnica de diagnóstico prenatal, utilizada para control del embarazo normal, requiere ser enmarcada con otra perspectiva desde el equipo de salud, reconociendo que si bien, contribuye en muchos casos al proto-encuentro social entre padres y su hijo y culturalmente se fomenta como "turismo parental", debe quedar claramente definida su utilización y objetivo, siendo este médico y no social.

No pretendemos privar a las madres y su familia la vivencia maravillosa de esta instancia tan esperada y deseada, pero tenemos que tener presente que se están exponiendo a una situación que potencialmente puede generar un hecho traumático y determinar el vínculo y futuro con este hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Arteaga Manieu, M.** (2002) Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos

9. Missonnier, S. (2007) op.cit.

- únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos. Tesis de Doctorado en Psicología infanto-juvenil. Departamento de psicología de la salud y psicología social. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
2. **Cordano C.; D'Agostini M.** (2007) "Rol de la ecografía en el vínculo temprano" trabajo presentado en el Coloquio: Vínculo Temprano Clínica y Desarrollo Infantil. Agosto 2007. IMM.
 3. **Correas, P., Valdés, R., Viera, M.** (2008) "El diagnóstico prenatal y la mala noticia" trabajo presentado en el Simposio: Rumbo al V Congreso AUDEPP-FLAPPSIP 2009. Más allá del Consultorio II. Montevideo. Julio 2008.
 4. **Lebovici, S.** (1985) El lactante, su madre y el psicoanalista. Amorrortu, Bs.As.
 5. **Maslach, C y Jackson, S. E.** (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
 6. **Mirless, V.** (2005) Définir un handicap en anténatal: les complexités. Service de Médecine fœtale. Face à la mort périnatale et au deuil: d'autres enjeux. Institut de Puériculture Brune, Paris
 7. **Missonnier, S.** (2007) Conferencia: "Ecografía y la Consulta Prenatal" Maternidad del Hospital de Clínicas, Montevideo.
 8. **Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S. Soubieux, M.J.** (1999) Écoute, voir... L'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation. DVD. Collection À l'aube de la vie. Star Film. France
 9. **Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S. Soubieux, M.J.** (1999) Écoute, voir... L'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation. Collection À l'aube de la vie. Ed. Eres. Ramonville Saint-Agne. France