

Obstetricia, Psiquiatría, Salud Mental: ¿Salud Mental Perinatal?

Dr. Guillermo Hernández Gálvez¹.

1.- Introducción

Un equipo de expertos en comportamiento humano, que procure introducir conceptos y actividades de salud mental perinatal en la actual maternidad hospitalaria, con la pretensión de que persistan y pasen a formar parte de la cultura de asistencia institucional del parto y puerperio ^{1,2}, tiene al menos dos desafíos primarios y mayores.

Uno de ellos dice relación con la intención de aportar al trabajo obstétrico una mirada nueva, y, en concordancia con esta, introducir actividades de índole psicosocial que tienen pocos precedentes en el medio obstétrico. El otro, tiene que ver con que esta nueva mirada, y las actividades que de ella surjan, se efectuarán en un medio asistencial clínico que opera con su propio modelo y que, coherente con ese modelo, ha diseñado una práctica con resultados favorables y consolidados.

2.- Intención de hacer un aporte al trabajo obstétrico actual

Para Analizar el primero de los desafíos nombrados partamos por la “intención” de aportar al trabajo obstétrico una mirada nueva. La intención, en cualquier caso, es una potencialidad de la voluntad; un querer hacer algo, un querer dirigirse a algo, un querer invertir una cierta energía que se tiene o que se supone disponible, para mover en una cierta dirección aquello en que se quiere aplicar.

La intención puede permanecer como tal en potencia o posibilidad, o puede encontrar una forma de expresión. Expresado en aquello en que quiere aplicarse pierde su carácter de “en potencia” para transformarse en actos. La intención aplicada a su objeto es un acto, o conjunto de actos, y extingue la intención.

La intención pura, es decir, la forma no vertida en actos, es reconocible y escrutable solo por la conciencia de quien está en posesión de alguna potencialidad cualquiera de su voluntad para hacer algo. Por lo tanto, solo la conciencia propia puede

¹ Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Fac. de Medicina, U de Chile.

explorar con suficiente detalle ese potencial de su voluntad y afirmar con certeza la existencia de una intención, y el destino o dirección que a esta quiere dársele.

El reconocimiento y escrutinio de la propia intención puede hacerse a solas y privadamente, por ejemplo cuando se planifica o diseña un proyecto. Pero esa intención también puede declararse a otros, antes de ejecutar los actos que la seguirán. Cuando alguien dice a otros esta es mi intención, está haciendo pública una invitación a otros para que ellos participen, lo sigan o acompañen en el examen del carácter de la potencialidad de su voluntad, antes de emprender la acción a la que esa potencialidad de su voluntad apunta. Por ejemplo, reconozco y escruto mi propia intención y la declaro a los auditores de mi charla, o clase, diciendo: mi intención es que lleguen a entender bien esto o aquello. En otras palabras, digo: está en mi voluntad hacer un esfuerzo, invertir cierta energía para mover a ustedes a una mejor comprensión del tema que vamos a tratar.

La intención, como manifiesta potencialidad de la voluntad, en el dominio de los afectos genera deseos, un me-gustaría-que-aquello-que-quiero-emprender resultara satisfactorio, útil, aceptable; deseo tener la alegría de resultados logrados; me frustraría si emprendido el esfuerzo los resultados deseados no se obtuvieran.

A la intención ajena solo podemos suponerle existencia. Y tratándose de un supuesto, solo cabe especular acerca de ella. En otras palabras, la intención ajena escapa a la posibilidad del escrutinio de un observador, aunque no a la posibilidad de que el observador la sospeche y la dote de los atributos que quiera, necesite o le convengan.

A menudo a la intención ajena se la sitúa en el dominio ético-moral.³ Puede calificársela como buena o mala. Se dice que la intención es mala si sospechamos presencia de una voluntad de búsqueda de mal, daño o perjuicio. Decimos que hay buenas intenciones si la voluntad va en procura del bien y de beneficios.

Las intenciones y los actos relacionados con esas intenciones pueden analizarse por separado. Actos de resultados desfavorables pueden comprenderse empáticamente, o no sancionarse, si los relacionamos con buenas intenciones previas o con previa ausencia de malas intenciones. En presencia de actos de resultados favorables tendemos a buscar su relación con buenas intenciones y hasta podemos pasar por alto u olvidar malas intenciones implícitas o explícitas existentes previamente a los actos que resultaron valiosos. Una buena intención, o la ausencia de mala intención, pueden justificar un acto de resultados indeseables, y un acto de resultados favorables puede hacer olvidar que la intención antecedente estaba orientada a dañar.

Cuando a una persona se le atribuye una mala intención precediendo a alguna conducta suya, de resultados malos o cuestionables, la persona puede refutar la atribución de mal intencionada, y solicitar que se examine el potencial de su voluntad y que la cuestión se analice desagregando la intención de los actos; o sea, que intención y conducta se examinen por separado, con exclusión u olvido de cualquier supuesto nexo entre intención y conducta. La intención de la que aquí hablamos es aportar una mirada nueva al trabajo obstétrico. Volveremos sobre esto.

3.- Mirada y nueva mirada para el trabajo obstétrico

Si de modo natural e intuitivo podemos entender lo que es aportar, y del conocimiento médico común podemos concluir en qué consiste o cuál es el trabajo

obstétrico habitual, no podemos decir lo mismo de la “mirada nueva” para el trabajo obstétrico.

Se trata de un concepto, proposición o lo que definamos como tal, que forma parte, o está en la intención de un proponente, un equipo de expertos en comportamiento humano.

Tratemos de entender que sería una “mirada nueva” para el trabajo obstétrico.

Empecemos por “mirada”.⁴ La mirada está primariamente relacionada con ver y el ver con la visión. Ver puede ser el resultado de la natural capacidad que el órgano de la visión tiene de ser impresionado por los estímulos a los que reacciona. Mirar es el acto dirigido a reconocer sensorialmente un objeto situado en el espacio sensorial del que mira. Debe reconocerse que muchas veces ver y mirar pueden ser entendidos como sinónimos. Por ejemplo, digo a un amigo: te recomiendo ir ver esa película, pudiendo reemplazar la sugerencia, sin pérdida de información, haciendo la recomendación mediante esta otra oración: te recomiendo mirar esa película; y si bien ambas oraciones pueden entenderse y llevar al mismo acto, tienen una sutil diferencia, que aunque puede estar prestada simplemente por el uso, existe. Ver una película y mirar una película puede evocar actos distintos.

Verla sería ponerse ante ella para captar sus imágenes, diálogos y música, y relacionando estos elementos construir una historia consistente y eventualmente adquirir opinión y juicio acerca de esa historia, como clasificarla según el género a que pertenece, situarla en el contexto del cine como arte, entretención; criticarla, etc. Mirarla sería una forma distinta de exponerse a ella, sería estar ante la película menos inquisitivamente, de modo más efímero, o más casual quizá.

Otro ejemplo. Si me dicen: la práctica de hoy consistirá en mirar al microscopio, eso puede ser sutilmente distinto a que me digan: la práctica de hoy consistirá en ver en el microscopio. Se descubre entonces que con el término ver se alude a situar la respectiva capacidad sensorial en un objeto, foco, con el fin de reconocerlo, y tal vez captarlo en sus detalles para apreciar que de distintivo tiene respecto a cualquier otro objeto.

Mirar puede ser equivalente a ponerse en contacto con un objeto con el fin de dejarse impresionar de algún modo por él, sin obligarse a la adquisición de la capacidad de reconocer en detalle ni distinguir con precisión el objeto que se mira. No hay en el mirar un objeto o foco de antemano delimitado, ni es la visión el único órgano que importa en el mirar, cuando una de las características del mirar es que deja libre para percibir sensaciones o estímulos que no solo dependen del ver. El ver está subordinado al objeto o foco, si nada hay que ver, no veo. Por ejemplo si me piden que vea las mitocondrias de una célula en un microscopio encendido que no tiene una preparación en su platina, no veré las mitocondrias.

El mirar, en cambio, está condicionado al sujeto. Si no se me ha definido qué ver, porque no sé que son las mitocondrias, o yo no reconozco qué debería ver, porque carezco de la imagen típica de las mitocondrias, o me piden que vea mitocondrias cuando la preparación se ha desplazado y las mitocondrias ya no están en el foco, o no puede verse mitocondrias porque nunca las hubo en la preparación, ninguna de esas circunstancias obstruye el mirar, ninguna imposición puede impedirme mirar al microscopio, y dependerá del sujeto seguir mirando, independientemente que reconozca o no, localice o no el objeto, la mitocondria del ejemplo.

Terminemos aquí con la digresión sobre el ver y el mirar en el sentido amplio que le hemos dado, y usemos lo dicho aplicándolo al asunto que verdaderamente nos ocupa, aportar al trabajo obstétrico una nueva mirada.

Acuñemos de modo tentativo la hipótesis siguiente: el equipo de trabajo obstétrico ve su trabajo obstétrico pero no lo mira, y el equipo de salud mental solo puede mirar ese trabajo obstétrico sin verlo, pues nunca opera en él con opinión y juicio obstétrico, que no los tiene. En cambio, por operar en el dominio psicosocial sí puede ver en el trabajo obstétrico habitual objetos psicosociales y hacerlos variables distinguibles, y aplicando sus recursos específicos actuar sobre esas variables, poniendo en evidencia un aspecto nuevo del trabajo obstétrico habitual sin interferirlo.

La intención de aportar una mirada nueva al trabajo obstétrico consistiría en invertir energía en procura de:

1. Que el equipo obstétrico además de ver los objetos de su trabajo obstétrico concibiera que contiene objetos psicosociales sobre los que puede desplegar su mirada.
2. Que el equipo de expertos en comportamiento que mira el trabajo obstétrico, y ve en él objetos psicosociales, a partir de sus descubrimientos promueva que la mirada del obstetra se dirija a ellos.
3. Que a partir de esta visión del trabajo obstétrico, que descubre objetos psicosociales, se creen acciones pertenecientes al dominio psicosocial específicamente formuladas para el dominio obstétrico.

Si los equipos obstétrico y de salud mental asumen la responsabilidad de mirar el objeto “trabajo obstétrico” incluyendo como variables aquello que hasta ahora no han mirado, a saber, contenidos psicosociales, entonces la suma de miradas y de visiones específicas de estos dos equipos distintos, adecuadamente concertadas, podrían generar una mirada nueva para el trabajo obstétrico.

Pero la mirada nueva a que nos referimos, y sobre todo los objetos psicosociales que se pretende descubrir y eventualmente manipular,⁵ hacen necesario especificar que ve en su trabajo obstétrico el equipo obstétrico y que es lo que un equipo de expertos en comportamiento humano pretende hacerle mirar, a partir del descubrimiento de objetos psicosociales hallados por este equipo que ha visto esa dimensión del trabajo obstétrico.

4.- El trabajo obstétrico en la cultura actual

4.1.- Que ve el obstetra en su trabajo obstétrico actual

Para hacer esta descripción con rigor, propiedad y solvencia, el observador debe situarse fuera de la obstetricia y:

- a) llevar a cabo un esfuerzo de interpretación del trabajo obstétrico actual
- b) incluir en la interpretación un análisis de los argumentos en que dicho trabajo se sustenta.

En otras palabras, una interpretación correcta del trabajo obstétrico puede tenerse solo después de una descripción objetiva de la actividad y de la exploración precisa del modelo teórico y conceptual que subyace a la práctica obstétrica actual.

El reconocimiento del modelo teórico-conceptual de la obstetricia, es una exigencia de carácter epistemológico. El obstetra efectúa un trabajo disciplinar. Su disciplina es una especialidad médica, una especificidad de la medicina oficial. Para ejercer esta especificidad de la medicina oficial, el obstetra se ha formado en instituciones

socialmente aceptadas, con estándares también socialmente aceptados y acreditados, y por ello su trabajo obtiene reconocimiento y aceptación social. Es decir, forma parte de una cultura, y en esa cultura ha contribuido a crear la organización “maternidad hospitalaria”.

La misma cultura⁶ le ha proporcionado y sigue alimentando a la maternidad hospitalaria de recursos humanos competentes y de los recursos materiales e insumos necesarios para que lleve a cabo su actividad. Esta actividad consiste en mantener funcionando esta fracción de la organización hospitalaria con la finalidad de preservar la salud de la mujer gestante y de su producto y, sobre todo, que al final del período de la gestación, esa institución los reciba y les preste la asistencia profesional al momento del nacimiento. El objetivo es que la madre e hijo al cuidado de la organización hospitalaria que dirige el obstetra, terminen en condiciones de salud física compatibles con el mejor inicio de la vida del bebé, y con la mejor posibilidad de continuar la madre con la suya. Es lo que la cultura le exige a la maternidad, y es lo que la maternidad le devuelve a la cultura.

Como especialidad médica, la obstetricia toma los argumentos teóricos de la medicina oficial. Esta medicina se apoya en ciencias naturales como la física, la química la biología, de modo que los conocimientos de la obstetricia se generan en los principios generales de esas ciencias y los procedimientos, recursos operativos y técnicas a usar deben responder a esos mismos principios, o al menos estar formalmente en concordancia con ellos.

Así entonces la obstetricia puede adscribirse al modelo de salud enfermedad acotado en lo que genéricamente se ha denominado biomedicina, y el obstetra ejecuta su trabajo desde una perspectiva bio-médica y con carácter disciplinar.

Las leyes de las ciencias naturales que sirven de base conceptual a la obstetricia, operan como lentes para comprender y abarcar racionalmente el trabajo obstétrico; las técnicas biomédicas permiten discriminar sensorialmente los objetos específicos de los que deberá ocuparse el obstetra, y la forma concreta como el obstetra se ocupa de esos objetos específicos constituyen su trabajo cotidiano.

La delimitación disciplinar le confiere a la obstetricia un discurso propio, y al obstetra le define espacio, tiempo y reglas para el ejercicio de su rol. El obstetra presta sus servicios profesionales a una comunidad educada en el modelo oficial biomédico. Esta comunidad muestra un alto grado de adhesión, o al menos de concurrencia, a este modelo, y un alto nivel de satisfacción con los resultados que obtiene de él.

El trabajo cotidiano actual del obstetra goza de prestigio. Ejemplos relevantes de que el trabajo actual del obstetra con embarazadas y puérperas alcanza atributos de útil y suficiente, son la notable disminución de la morbimortalidad materno neonatal⁷ y la satisfacción de los usuarios con ese trabajo queda adecuadamente demostrada en el hecho que todas las mujeres de nuestro medio, cuando en sus ciclos reproductivos llegan a la etapa del parto, se confían a los cuidados de la organización social creada, puesta en marcha y mantenida para ese fin, la maternidad hospitalaria, y no concebirían que los servicios profesionales de un obstetra no estuvieran a su disposición en ese período.

En conclusión, el obstetra y la organización maternidad que conocemos, son productos de la sociedad y de la cultura en que estamos inmersos, y ambos con resultados incuestionablemente favorables dan cuenta de la misión que se les ha encomendado y han tomado a su cargo. De la maternidad egresan madres y bebés

físicamente sanos, y los menoscabos que algunas veces ocurren dependen, actualmente, más de condiciones radicadas en la díada madre bebé asistida, que de ineptitudes de la maternidad hospitalaria o del obstetra.

El obstetra opera en una organización amplia y se relaciona con otras disciplinas médicas desde la definición disciplinar de sus funciones, y espera y acepta recursos, colaboración o sinergias de profesionales de otras especialidades, si ellos concurren respetando la definición que él ha hecho de su disciplina y de su rol en ella.

Espontáneamente, pide colaboración a equipos de salud no obstétricos, haciendo la petición desde su punto de vista y para satisfacer necesidades asistenciales concordantes con su visión de la práctica obstétrica actual, es decir, teniendo en cuenta su modelo conceptual y operativo de orientación biomédico. Preferirá la colaboración de los especialistas que comparten su modelo biomédico, y elegirá la colaboración que asuma formas respetuosas de la tradición biomédica que regula las relaciones entre los especialistas del medio hospitalario.

En un hospital general, con un servicio de psiquiatría, es común que una unidad psiquiátrica se encargue de prestar asistencia psicológica-psiquiátrica a pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos⁸.

Un grupo de potenciales usuarias son las mujeres que se internan en el servicio de obstetricia para el parto y puerperio inmediato. El obstetra suele pedir al psiquiatra evaluación para algunas de ellas. El psiquiatra que visita a esas pacientes obstétricas puede abordar con mayor o menor amplitud el o los problemas planteados, y puede ofrecer un repertorio de soluciones más estrecho o más extenso, pero siempre habrá más posibilidad que el obstetra acoja sus sugerencias si estas se inscriben en la perspectiva biomédica, y en función de las necesidades específicas planteadas por el equipo obstétrico al equipo psiquiátrico.

En una de tales solicitudes se pedía el concurso del psiquiatra para que indicara el traslado a psiquiatría de una embarazada dependiente a sustancias. El equipo psiquiátrico que colaboraba con la maternidad, había detectado la dificultad que tienen estas mujeres para hacer un vínculo sano con sus hijos, y recomendó que la mujer permaneciera en la maternidad para trabajar con ella su problema de dependencia y para motivarla y entrenarla en una adecuada relación con su hijo con el objetivo de evitar que se produjeran trastornos del proceso de vinculación madre-hijo. La respuesta de obstetricia fue que la madre estaba obstétricamente bien, el feto sano y que la adicción era problema para psiquiatría. El obstetra dudará de procedimientos e innovaciones que no se apoyen en los argumentos que sustentan su práctica, y cuanto más alejadas de su modelo perciba las innovaciones ofrecidas, tanto más pedirá pruebas de compatibilidad, y tanto más exigirá que se haya demostrado el beneficio que representa introducirlas, o se adelantará en destacar los peligros latentes que encierra aceptarlas. Tomará resguardos si cree que su trabajo se verá entorpecido o se le desvía de los cauces habituales y conocidos. Pone cuidado en que los resultados que obtiene no se vean amenazados.

Un ejemplo de lo anterior. Cuando para promover el apego madre bebé se intentaba introducir la maniobra práctica de dar a la madre en parto a su hijo para que tuviera contacto piel a piel con él, poniéndoselo sobre el pecho antes de cortar el cordón umbilical y del alumbramiento, los neonatólogos de la maternidad donde se llevaba a cabo la experiencia estaban reticentes a aceptarla por temor a que los niños se enfriaran. El procedimiento fue aceptado solo cuando se puso en evidencia que el

enfriamiento no ocurría, mostrando los resultados de mediciones de la temperatura corporal de los niños después del contacto. Es una prueba simple, científica y biológica que puede interpretarse como evidencia de cuan firme es la adhesión del profesional de la biomedicina a su modelo biomédico y su reticencia a innovaciones que no provengan de este modelo.

Los objetos de la obstetricia son el embarazo, el desarrollo y condición física del feto y la condición física de la puérpera; el objeto de la neonatología es la condición física del recién nacido. Para el obstetra y el neonatólogo, también para la psiquiatría clásica, el objeto de la psiquiatría son las enfermedades mentales y en ausencia de enfermedad mental los síntomas psicológicos o conductas clínicamente significativas provocadas por situaciones externas al sujeto.

Si algo distingue y caracteriza a las especialidades médicas es que se contienen a sí mismas y conservan relativamente inmutable la apreciación de los objetos sobre los que operan.

El avance de las disciplinas médicas y los cambios que se proponen ocurren dentro de sus fronteras y procurando no perder su identidad ni el completo manejo de los objetos sobre los que operan. Los discursos de las especialidades médicas son simultáneos y se relacionan entre sí a través del modelo biomédico que comparten.

Para una mirada de metanivel a las especialidades médicas han debido desarrollarse otros discursos y otras profesiones. Por ejemplo, la Salud pública y el salubrista para las enfermedades físicas y la Salud Mental, y el salubrista en salud mental para la psiquiatría.

Un ejemplo. Desde la maternidad se ha originado una interconsulta para que un psiquiatra evalúe a una puérpera que según lo informado en el documento de referencia ha tenido conductas que ameritan que la evalúe un experto en comportamiento. La paciente será evaluada clínicamente y las decisiones que se tomen considerarán los resultados de esa evaluación. El primer contacto con la paciente ocurrió en una sala para puérperas. Ella está sentada al borde de la cama y su bebé vestido y tranquilo. Se le informa que han pedido una evaluación psiquiátrica para ella, y que para ello se hace esta visita.

La paciente se niega terminantemente a someterse a la entrevista. Al intento de convencerla para que participe, responde tomando a su bebé y saliendo de la sala para sentarse en un escaño del pasillo. Se la sigue hasta allí y se le pregunta que le ocurre. Responde de mala manera y se vuelve hacia a la muralla. Se le habla con suavidad preguntando que le ocurre. Ella se pone de pie y camina con rapidez a otro pasillo. Se da por fracasado el intento.

La curiosidad lleva al relator a buscar información que explique lo sucedido, y como estuviera presente la colega a cargo del programa de salud mental perinatal, se le empieza a relatar lo ocurrido. Durante este diálogo se aproxima otro colega, y con cierta vehemencia refiere que la mujer está así porque no tiene acceso a su bebé. Que durante el turno de la noche él la había visitado con un colega psiquiatra de la urgencia, le habían pasado a su bebé y habían observado que su comportamiento era adecuado, y que con su hijo se tranquilizaba. Que eso era lo que debía hacerse y no el procedimiento que se había puesto en marcha. De la conversación con él no pudo obtenerse referencias claras acerca de lo que se estaba hablando y los datos disponibles no eran más que los ya entregados. Otras ocupaciones, el tono y lo prolongado de la discusión, supongo, sacaron a mi colega psiquiatra del escenario. Terminé el encuentro con mi colega varón

diciéndole que del caso clínico me enteraba recién, y que de la situación que me había planteado lo único que podía entender claramente es que entre los participantes había buenos y malos, y que él estaba entre los primeros y yo entre los últimos. De la paciente y su hijo no supe más. Tampoco hice esfuerzos por averiguarlo.

Si esta es la clase de interacciones que pueden ocurrir a en la asistencia de un caso en la maternidad, puede concluirse que al menos en ese tiempo estábamos lejos de compartir un punto de vista común respecto a la asistencia psicológico-psiquiátrica de madres y bebés en esa maternidad y que este era el estado del reconocimiento de las variables psicosociales del período perinatal en la asistencia obstétrica actual.

5.-Introducción de conceptos nuevos en el trabajo obstétrico actual.

Puede ayudar a entender mejor que invita a mirar el equipo de expertos en comportamiento humano al equipo obstétrico explicando en que dominio opera el equipo de expertos en comportamiento humano.

También parece conveniente reiterar a esta altura que la explicación tiene sentido en la medida que estamos haciéndonos cargo de justificar un propósito mayor, introducir conceptos y actividades de salud mental en la actual maternidad hospitalaria con el fin de que persistan, y con la pretensión de que pasen a formar parte de la cultura de asistencia institucional del parto y puerperio.

6.- Salud Mental

Tenemos que convenir que es difícil alcanzar claridad respecto a que es la salud mental y aceptar que el término-concepto de salud mental supera la posibilidad de comprensión inmediata. Definirlo puede resultar arduo para los que están familiarizados con el término y aún puede resultar esquivo o de significaciones múltiples para aquellos que operan y ejecutan acciones en el dominio que intentan delimitar, el campo de la salud mental.⁹⁻¹⁰ Si para entendidos la comprensión cabal del término, y explicarlo a otros, claramente resulta difícil, con mayor razón resultará críptico para quienes no están familiarizados con su uso, por ejemplo el equipo obstétrico que delimita su trabajo con parámetros biomédicos.

6.1.- La salud mental puede ser abordada de varias maneras.

Referida a personas puede entenderse como una condición individual, una especie de bien personal alcanzado o alcanzable sujeto al riesgo de pérdida o amenaza por circunstancias del ambiente o por relaciones dificultosas con otras personas del entorno inmediato.

Por ejemplo, una mujer separada recientemente de su marido afirma “por salud mental no podía continuar en ese matrimonio”; un trabajador señala que su ambiente laboral enrarecido “daña mi salud mental”. Otra mujer declara, “me gusta que los hombres me acosen pero por salud mental no si están casados”.

Podemos suponer que esta conceptualización personal del término se refiere a un estado o disposición psicológica, que si es favorable hace sentirse a la persona estable, psicológicamente apta para usar adecuadamente sus recursos individuales,

aprovechar productivamente las oportunidades que se le ofrecen, disfrutar y producir en lo que emprende o participa, capaz de elegir con acierto lo que le conviene, reconocer y rechazar lo impertinente o conflictivo, aceptar algunos fracasos, etc.

En suma se trataría de una disposición con que se cuenta para vivir con la sabiduría y la felicidad que en sus escritos promueven autores clásicos, o como más recientemente lo plantea la OMS, para definir a una persona como saludable se requiere que esté en completo bienestar psíquico.

No toda la población maneja este concepto individual de salud mental. Comprender el concepto y usarlo requiere de cierta sofisticación intelectual presente más comúnmente en ciertas elites. Su empleo es más restringido que el concepto de salud física, que si manejan casi todas las personas, todos los grupos y todas las culturas. Por ejemplo, es habitual que las personas hagan demandas explícitas, individual y colectivamente, para que se preste atención a sus problemas de salud física, pero menos habitual es que las personas hagan demandas explícitas de asistencia a su salud mental, lo que no es lo mismo ni puede ser comparado con la concurrencia de las personas a servicios médicos, psicológicos o psiquiátricos para que les mejoren de síntomas psicológicos o psicopatológicos.

6.2.- La salud mental puede entenderse también como bien de una comunidad.

Por ejemplo un observador puede detectar que la población de un área geográfica tiene una prevalencia inusualmente alta de enfermedades como depresión, dependencia a alcohol o de violencia intrafamiliar, y también puede constatar que esa comunidad consume más fármacos o consulta más a los servicios de salud que comunidades con frecuencias menores de esas enfermedades o problemas. Si el observador relaciona esos datos puede descubrir que los problemas y las conductas hallados desgastan a población, la hacen menos productiva y la inducen a dilapidar recursos que podrán utilizarse en actividades de fomento del desarrollo y bienestar de las personas y de la comunidad.

Si las causas para los problemas con indicadores supernumerarios, no son mutaciones biológicas, tóxicos ambientales o agentes como virus o bacterias, se busca en el dominio psicológico social, y se hallen o no explicaciones convincentes los administradores de los sistemas de asistencia a la salud deben poner en marcha políticas, programas y medidas simples y resolutivas que abarquen pronto a toda la población o a buena parte de ella con el fin de bajar la frecuencia de las enfermedades o problemas nombrados.

La alusión al proceder para percibir una disposición o estado psicológico personal, salud mental individual, o para identificar y resolver un problema de salud mental de una comunidad, salud mental comunitaria, nos conduce a una tercera acepción para el término salud mental y a otra dimensión para ella.

Se trata del punto de vista y método para reconocer y resolver problemas de orden psicológico y social en individuos o grupos que por su génesis y expresión no pueden resolverse con recursos de la biomedicina y que encuentran mejor solución creando procedimientos ad hoc, por ejemplo de raigambre psicosocial.

La salud mental queda según lo dicho definida como un bien individual y grupal y como punto de vista o lente para mirar ese bien en su posibilidad de existencia, en su manifestación perturbada y como metodología para distinguir quiebres e identificar

recursos y procedimientos destinados a restituir adecuados funcionamientos psicológicos de personas y adecuados funcionamientos psicosociales de grupos.

La salud mental a secas cuenta con argumentos que la sostienen como punto de vista y actividad y aún si se dudara de la calidad de su sostén argumental, tiene nombre, objetivos propios y ejecutantes dedicados a realizarla. Y como toda actividad de su tipo tiene una doctrina y va siendo extendida por sus cultores y encontrando usuarios, hechos suficientes para que tenga espacio social, sea aceptada y goce de existencia.

7.- Perinatalidad

A perinatal podemos descubrirle varias acepciones ¹¹. Casi todas tienen como hito el nacimiento. Es el tiempo horario próximo transcurrido antes o después del nacimiento. Es también un período de tiempo en que ocurren y se identifican cambios biológicos específicos en la madre y en el bebé que los hace más vulnerables y que han llevado a la medicina oficial a distinguirlo y a desarrollar disciplinas y profesiones para prestar asistencia específica durante el nacimiento, la obstetricia y la neonatología.

Más allá de la maternidad el grupo social al que pertenecen madre y bebé identifica el nacimiento como el término de un proceso y el comienzo de otro. Para la sociedad el período perinatal es el momento en que se reconoce y se le da cabida en su seno a una persona nueva, el bebé, y a la persona que ha cambiado de rol, la madre reciente, se la percibe desde otra perspectiva. Según lo dicho, en el breve tiempo horario de la perinatalidad hay un conjunto nada despreciable de acontecimientos para cada uno de los cuales puede desarrollarse un discurso específico.

La obstetricia y la neonatología son los discursos disciplinares más desarrollados acerca de la perinatalidad. Al discurso de la obstetricia ya nos hemos referido y al segundo, aunque más tangencialmente, también.

La perinatalidad para un equipo de expertos en comportamiento puede comprenderse como un tiempo de oportunidades para observar con acuciosidad y agudeza de expertos fenómenos psicológicos propios de la madre y propios del bebé en ese período; fenómenos interactivos entre madre y bebé propios de ese período, y fenómenos psicosociales de la interacción de la díada madre-bebé con sus cercanos y con su entorno inmediato. Ninguno de estos objetos están en el discurso de la obstetricia, de la neonatología, de la psiquiatría, de la salud pública ni de la salud mental.

7.1.- Aspectos Psicosociales distinguibles por el experto en comportamiento en el Periodo Perinatal

Antes del nacimiento todas las interacciones sociales ocurridas entre madre y bebé acontecían mediadas por la contención de uno en la otra. El contacto sensorial era equívoco y por obligación la relación entre la madre y el hijo ocurría preferentemente en su imaginación alimentada por sensaciones kinestésicas originadas por los movimientos del bebé, auditivas, originadas por la percepción de los latidos del bebé transmitidos por un aparato, o visuales, mediados por una imagen ecocardiográfica. La estructuración de estas percepciones se llevaba a cabo en la imaginación de la madre y guiadas por expectativas surgidas en vivencias obtenidas en el curso de la historia de la madre o recogidas de las experiencias de embarazos, períodos perinatales o de maternaje y crianzas anteriores.

Un ejemplo: “Yo me imaginaba que iba a tener su cara lisita como de porcelana...”, dice la madre de un recién nacido de pretérmino con lanugo en su cara, “... y nació con una barba”.

A partir del nacimiento, madre y bebé son dos volúmenes y superficies que se separan y deben comenzar a discriminarse mutuamente usando preferentemente sus superficies corporales. Estas disponen de receptores específicos que capturan señales particulares inequívocamente, roce y presencia del otro sin mediar espacio en el contacto piel a piel, aromas, luz y sonidos provenientes de uno y otro que permiten capturar presencias a distancia etc.

El doble flujo de señales intercambiadas regularmente y percibidas inequívocamente van configurando un lenguaje común, privado y específico que origina una díada particular y única, un nuevo microgrupo social cuyo destino más probable es la persistencia como tal a largo plazo. Se trata de un proceso biológicamente pautado y ocurrirá la mayor parte de las veces sin perturbaciones.

El discurso posible de desarrollar para el período perinatal debe hacerse cargo de ese conjunto de señales intercambiadas entre madre y bebé; de la díada que está intercambiando esos mensajes y del como ese proceso está ocurriendo para llegar a conformar un microgrupo que tenga el máximo de oportunidades de alcanzar un desarrollo sano. El experto en comportamiento humano debe diferenciar las interacciones que conducen a la formación apropiada de establecer el vínculo de las interacciones o condiciones que podrían perturbarlo.

Para este discurso hay argumentos ya acuñados y provienen del cuerpo de conocimientos surgido de las descripciones psicológicas y sociales de los procesos tempranos de vinculación madre-hijo, de las descripciones del maternaje, y de fuentes como la biología del neurodesarrollo, etc.¹²⁻¹⁴

7.2.- Salud mental perinatal

Vale aquí la pena el esfuerzo de recordar la caracterización que se ha hecho de la intención al comienzo de este documento. En la intención de los promotores de la salud mental perinatal, intención propia, la salud mental perinatal existe. En la intención ajena que sería la de los potenciales usuarios, por ejemplo los que dan origen al fenómeno perinatal, madre y bebé, y entre las personas que operan profesionalmente en el período perinatal, equipo obstétrico, la salud mental perinatal tiene dudosa existencia. Los ejemplos dados antes ponen en evidencia que el concepto de salud mental perinatal por claro que sea para sus proponentes, no ha alcanzado la misma claridad para una puérpera o para un profesional de la maternidad donde están efectuándose acciones de salud mental perinatal. El psiquiatra interconsultor puede participar del proyecto de desarrollo de la salud mental perinatal en la maternidad. Luego, la salud mental perinatal para él existe, y puede estar en su intención promoverla. Pero debe decirse también que su compromiso con la salud mental perinatal no puede ser ciega y pretender darla por existente y plenamente aceptada, y administrarla olvidando que las prestaciones que a él habitualmente se le piden desde obstetricia están dentro de los márgenes de las acciones psiquiátricas tradicionalmente conocidas, aceptadas y demandadas por el obstetra a psiquiatría.

Podría pensarse que la salud mental perinatal queda bien contenida en alguna de las descripciones de salud mental antes hechas, o que queda parcialmente contenida en alguna de ellas o en ambas, o, más radicalmente, debe decidirse si requiere una

definición propia. Una u otra opción debe tomarse analizando para que quiere crearse un programa de salud mental perinatal, a que quiere aplicarse, como quiere aplicarse y quien o quienes deben o deberían participar.

Entonces una proposición del tipo “salud mental perinatal” debe resolver algunas cuestiones antes de alcanzar el propósito que se ha mencionado al comienzo de este documento, introducir acciones de salud mental en el escenario maternidad con el ánimo que pasen a formar parte de la cultura para que persistan.

Los discursos de la obstetricia y de la neonatología no están vinculados con la salud mental perinatal. No se ha desarrollado un discurso que acoja con especificidad acontecimientos biopsicosociales del período perinatal, y por lo mismo no se ha posicionado un discurso de este tipo en la comunidad médica ni en la comunidad general.

7.3.- ¿Por qué la obstetricia debería dar cabida a la salud mental perinatal?

La respuesta es simple y surge precisamente de los argumentos que se han dado referentes al éxito obtenido por la institución maternidad-hospitalaria actual, y del éxito del trabajo del obstetra en ella. En nuestra opinión, el siguiente listado de argumentos responde a esta pregunta

1. La institución maternidad hospitalaria se creó para prestar asistencia profesional a parturientas y recién nacidos porque se reconoció el momento del nacimiento como de alto riesgo de morbi-mortalidad para madres y bebés.
2. La maternidad hospitalaria ha conseguido un prestigio que la ha consolidado como el lugar de nacimiento de los miembros de la sociedad.
3. Las maternidades hospitalarias se han extendido y los obstetras profesionales que trabajan allí ofrecen asistencia al 100% de la población.
4. Las bajas cifras de morbi-mortalidad materno-infantil confirman y sostienen el éxito de la asistencia institucional al parto y puerperio.
5. El éxito de la maternidad hospitalaria se basa en el empleo del modelo biomédico
6. El éxito del modelo biomédico hacen pensar que el único riesgo a que puede estar sometida la maternidad hospitalaria actual es a su continuidad y a la continuidad de su modelo.
7. La maternidad hospitalaria seguirá introduciendo recursos de origen biomédico y con ello seguirá mejorando los índices de supervivencia de madres y bebés.
8. La tendencia natural de la maternidad como la de cualquier empresa exitosa que se ha consolidado culturalmente es a su crecimiento y desarrollo
9. Un crecimiento y desarrollo posibles de la maternidad hospitalaria puede surgir abriéndose a mirar riesgos de orden psicosocial latentes en madres y bebés en el período del nacimiento.
10. Se ha acumulado información y procedimientos para abordar y disminuir eficazmente los riesgos psicosociales en el período perinatal.
11. La maternidad hospitalaria está en condiciones de fijar la mirada en en estos nuevos conocimientos e incorporarlos para su propio crecimiento y desarrollo institucional sin amenaza de los logros ya obtenidos.
12. Equipos especialmente entrenados en la detección y manejo de variables

psicosociales influyentes en el desarrollo del niño y de la diada madre-hijo podrían

actuar sinérgicamente con los equipos obstétricos de orientación biomédica.

13. Los equipos de orientación psicosocial podrían operar como equipos de salud mental perinatal.

8.- Conclusiones

Allí donde la obstetricia y la neonatología por un lado y la psiquiatría y la salud mental tradicionales por otro, dejen sin abordar fenómenos e interacciones distinguibles, es posible crear un discurso referido a esos objetos faltantes.

Tal discurso, que debería diferir de los objetos específicos y de los procedimientos de las disciplinas nombradas, podría tener carácter de intermediario entre ellas.

A este discurso con objeto propio e intermediario podemos llamarle Salud Mental Perinatal.

El discurso de la salud mental perinatal, adecuadamente refinado por sus proponentes, esto es, identificados con aceptable exactitud aquellos puntos hasta ahora no mirados por los discursos precedentes, y, extraídos de fuentes confiables conceptos que le den solidez y lo distinguan podría originar un “constructo” bien delimitado. Con esto queda dilucidada la cuestión de si es posible la existencia de un dominio reconocible como Salud Mental Perinatal.

Pero no basta la sola existencia teórica del dominio salud mental perinatal. Este debe llenarse de acciones específicas concordantes con un estatuto propio y además hacerse conciente que su práctica tendrá lugar en otros dominios ya amplios y consolidados, la obstetricia y la neonatología.

Para que persista y prospere una proposición de esta clase se requiere también de un trabajo de armonización entre lo biomédico y lo psicosocial que haga discernible lo uno y lo otro a todos sus actores. Este trabajo arduo y necesariamente prolongado puede contar con la constatación de que aún cuando la especie humana sobrevivió antes de contar con la atención profesional del nacimiento, ello no fue impedimento para que se desarrollara una institución profesional que asistiera en el nacimiento. Como entonces, hoy, la constatación de vulnerabilidades biológicas, psicológicas y sociales de la madre y el bebé durante el parto y puerperio, puede permear la cultura obstétrica presente y que esta sume acciones que la mejoren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez G, Kimelman M, Montino O. *Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio*. Rev Méd Chile 2000; 128: 1283-1289.
2. Kimelman M, Nuñez J C, Hernandez G, Castillo N, Paez J, Bustos S y col. *Construcción y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre-recién nacido*. Rev Méd Chile 1995; 123: 707-712.
3. Arthur Schopenhauer. *Los dos problemas fundamentales de la ética*. Segunda edición, Madrid, Editorial Siglo XXI, 2002.
4. Michel Foucault. *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de a mirada médica*. Décima edición, Madrid, Editorial Siglo XXI, 1985.
5. Engel G. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science 1977
6. Martin Heidegger. *Ciencia y meditación. (En Ciencia y Técnica)*. 1ª edición, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1983.
7. Servicio de registro Civil e Identificación y Ministerio de Salud. *Anuario de Demografía 1996*. Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile
8. Hernandez G, Gallardo-Zurita P, Sepulveda R, Morales de Setien P. *Psiquiatría de enlace en servicios médico quirúrgicos de dos hospitales de Santiago*. Rev Méd Chile 2004; 132:725-732
9. Horwitz J, Marconi J. *El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos*. Boletín de la Oficina Panamericana, 1966; 60:300-309.
10. Rodriguez J. Cap. 1. Introducción. En Rodriguez J. *Salud Mental en la Comunidad*. 2ª Edición Organización Panamericana de la Salud, Wasington DC 2009.
11. Molina R, Montecinos N, Muñoz H. *Período Perinatal*. En Menghello y Cols. *Pediatría*. Santiago, Editorial Mediterráneo 1991, Vol 1 Cap 41: 292-296.
12. Bowlby J. *El Vínculo Afectivo*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1976.
13. Bowlby J. *The nature of de child's tie to his mother*. Int J Psychoanal 1958; 39:350-373.
14. Insel T. *A neurobiological basis of social attachment*. Am Jo psychiatry 1997; 154: 726-735.