



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL DE GRADO**

Título:

NACER ANTES DE TIEMPO:

repercusiones de la prematurez y estrategias de intervención

Estudiante:

Eugenia Belén Caetano Gil

C.I.: 4.599.202-2

Docente Tutor:

Prof. Adj. Verónica Cambón Mihalfi

Docente revisor:

Asist. Alejandra Akar

Montevideo, Uruguay

Abril, 2020

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Capítulo 1: Procesos psicológicos que se desarrollan en la mujer durante el embarazo y puerperio | 5 |
| 1.1 Proceso de gestación psíquica..... | 5 |
| 1.2 Las representaciones maternas..... | 6 |
| 1.3 La constelación maternal..... | 7 |
| 1.4 La preocupación maternal primaria..... | 12 |
| Capítulo 2: Situación de prematuridad | 13 |
| 2.1 El recién nacido prematuro..... | 13 |
| 2.1.1 Capacidades interactivas del prematuro | 15 |
| 2.2 Los padres y la prematuridad..... | 16 |
| 2.3 Particularidades de la interacción temprana durante la internación del bebé prematuro..... | 18 |
| 2.4 Ser madre prematura..... | 21 |
| 2.4.1 Impacto del nacimiento prematuro en los procesos psicológicos de la madre:..... | 22 |
| Capítulo 3: Modalidades de intervención | 24 |
| 3.1 Atención al recién nacido y la familia en Neonatología..... | 24 |
| 3.1.1 Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia..... | 24 |
| 3.2 Aportes de la Psicología Perinatal..... | 28 |
| 3.3 El quehacer del psicólogo en el ámbito perinatal..... | 29 |
| 3.4 El Método Madre Canguro: una alternativa sencilla y de bajo costo para los recién nacidos prematuros..... | 36 |
| Reflexiones finales | 40 |
| Referencias bibliográficas | 44 |

RESUMEN

El Trabajo Final de Grado que se presenta a continuación, pretende dar cuenta de las experiencias que atraviesan los padres en el proceso de maternidad, especialmente en una situación de prematuridad, y la importancia del acompañamiento de profesionales de salud mental durante el tiempo de internación del bebé.

El desarrollo está dividido en tres partes. En la primera, se abordan los cambios psicológicos que conlleva el proceso de maternidad, especialmente en la madre.

En la segunda parte, se intenta dar cuenta de cómo puede afectar psicológicamente a los progenitores la eventualidad del nacimiento prematuro, y el impacto que tiene sobre ellos y el inicio de la relación paterno-filial la inmediata hospitalización de su bebé. Se describen aquí las características y particularidades que adquiere la interacción temprana entre los padres y el recién nacido prematuro, teniendo en cuenta las condiciones de este y del ambiente.

La tercera parte, consta de una revisión bibliográfica sobre diversas modalidades de intervención que se llevan a cabo en casos de recién nacidos prematuros internados en una UCIN, donde se destaca el Método Madre Canguro como práctica que ha demostrado tener numerosos beneficios tanto para el bebé como para los padres. En este apartado, se mencionan brevemente diversas intervenciones que el psicólogo puede desplegar desde su disciplina en la situación que se plantea, resaltando la importancia que tiene la presencia de un profesional de la salud mental en un Servicio de Neonatología.

Para finalizar se comparten algunas reflexiones sobre los temas abordados en el trabajo.

Palabras clave: prematuridad - interacción temprana – intervención psicológica

INTRODUCCIÓN

La presente producción monográfica, se enmarca dentro de la realización del Trabajo Final de Grado para obtener el título de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo ha sido acompañado por la tutoría de la docente Verónica Cambón, y el tema que se pretende abordar, surge por el interés que se fue descubriendo al atravesar diversos espacios de aprendizaje durante el proceso de formación. Así, fueron cobrando relevancia y un significado especial temas como la maternidad, los cambios psicológicos de la madre durante la gestación, el puerperio, la interacción temprana entre la tríada madre-padre-bebé, la importancia del vínculo primario, entre otros.

Comprender el proceso de embarazo desde la psicología forma parte de los objetivos de este trabajo, ya que permite entender que este período tan significativo en la vida de la mujer no es un hecho puramente biológico, sino también psicológico y sociocultural. Si bien se reconoce la importancia de la paternidad en este proceso y en la crianza de un niño/a, el presente trabajo se centra más en la maternidad y los cambios que ocurren en la madre.

Cabe destacar que la trayectoria formativa se encuentra profundamente atravesada por lo personal, donde inevitablemente entran en juego la historia de vida y diversas experiencias que se resignifican con los nuevos aprendizajes. Es en este sentido que aflora el interés de abordar e incorporar la situación de prematuridad, la cual es pensada como una huella que marca la llegada de alguien que se adelantó a la vida, y los inicios de una relación que desde lo personal, resuena en la historia de mi madre y yo.

Por lo anterior dicho, otro cometido del presente trabajo consiste en dar cuenta del impacto psicológico que puede significar para los padres el nacimiento prematuro de su bebé y el ingreso del mismo a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Los nueve meses de embarazo son necesarios para que los padres y el bebé se preparen tanto biológica como psicológicamente para el nacimiento. Juntos transitan un proceso denominado “anidación psicobiológica” (Jofré y Enríquez, 2002, citado por Villanova, Eimil, Cuellar y Palacios, 2013)

La preparación psicológica es muy importante para los progenitores, puesto que supone un proceso de adaptación cognitiva y afectiva, donde se ponen en juego las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre. Ambos atraviesan profundos cambios, lo que lleva a una reorganización de su identidad y maduración que les permite prepararse para el nacimiento, posibilitando así la creación de un lugar físico y psíquico para el nuevo integrante de la familia que está por llegar. Cuando un nacimiento sucede antes de tiempo, se interrumpe este proceso de anidación psicobiológica y los padres se

encuentran con una realidad muy distinta a la que esperaban. Ambos atraviesan un momento muy difícil para el cual no estaban preparados, en el que deben culminar el anidamiento psíquico con un bebé muy distinto al que imaginaban.

El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Al nacer antes de tiempo, el neonato no ha alcanzado una maduración completa de todos sus sistemas y órganos. Por ello, un recién nacido prematuro tiene dificultades para sobrevivir y seguir desarrollándose en el medio extrauterino, y requiere ser atendido en una UCIN. Por tanto, este adelanto a la vida extrauterina, le exige al bebé prematuro un gran esfuerzo de adaptación a un ambiente muy distinto al de sus necesidades, para el cual no se encuentra preparado aún.

Ante la necesidad de los progenitores y del neonato de los nueve meses de gestación, el nacimiento antes de completar este proceso crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el bebé prematuro, como en la madre, el padre y la familia. Dicho estado puede agravarse por el ingreso del neonato a la UCIN, ya que supone un estrés psíquico muy significativo para la familia.

Cabe señalar que el proceso de maternidad/paternidad es considerado como una situación de crisis que atraviesan los futuros padres del hijo/a que está por llegar. El nacimiento prematuro y la hospitalización del bebé complejiza más este proceso, dando lugar a otra crisis que deben enfrentar los progenitores.

La situación en la que se encuentran el bebé prematuro y su familia representa un riesgo para su salud mental que puede dificultar o alterar el inicio del vínculo afectivo paterno-filial e incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior del niño/a. En tal situación, la familia -especialmente la madre y el bebé- necesitan del cuidado y sostén de redes de apoyo. Si bien estas redes son importantes durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, se vuelven indispensables ante la eventualidad de la hospitalización del recién nacido.

Las entidades de salud forman parte de la matriz de apoyo, por ello, es preciso que cuenten con un equipo interdisciplinario que pueda contemplar todos los aspectos que se ponen en juego en el embarazo y no sólo los biológicos. Así, brindar una atención integral y de calidad al bebé y su familia. Desde allí, se hace sumamente necesaria la presencia del psicólogo en aquellos equipos de salud que trabajan tanto en las Unidades de Neonatología como en programas de seguimiento de atención al recién nacido, como lo es por ejemplo el Programa Aduana.

Se considera esencial mencionar en este trabajo algunas modalidades de intervención que se llevan a cabo en la situación que se plantea, para conocer más sobre el quehacer del psicólogo en el ámbito perinatal en un contexto hospitalario y poder vislumbrar aquellos momentos en los que se podría fomentar más su participación.

A modo de orientar el abordaje de las temáticas propuestas, se plantean a continuación algunas de las preguntas disparadoras que motivaron a la estudiante en este proceso de aprendizaje:

- ¿Cómo vivencia la madre y el padre la experiencia de tener un bebé prematuro que debe permanecer hospitalizado? ¿Cómo impacta psicológicamente sobre ellos esta situación?
- ¿Qué particularidades presenta la interacción temprana en los casos de bebés prematuros que deben permanecer internados?
- ¿Qué estrategias pueden favorecer el establecimiento de un vínculo temprano saludable en el contexto que se plantea?
- ¿Qué intervenciones psicológicas son oportunas realizar con la familia del neonato durante su internación?
- ¿Cuáles son las alternativas de atención y trabajo con el recién nacido prematuro y su familia? ¿Qué papel puede desempeñar el psicólogo en ellas?

CAPÍTULO 1:

Procesos psicológicos que se desarrollan en la mujer durante el embarazo y puerperio

1.1 Proceso de gestación psíquica:

Durante el transcurso de un embarazo, la mujer experimenta gradualmente una serie de transformaciones muy importantes y necesarias. Si bien los cambios más notorios suceden en su cuerpo, también tienen lugar ciertos procesos psicológicos que le permiten ir asimilando los cambios propios de este período y adaptarse a la realidad de convertirse en madre.

Denise Defey (1994), señala que del mismo modo que “(...) los procesos biológicos preparan el cuerpo del feto para la adaptación a la vida extrauterina, complejos procesos psicológicos concomitantes preparan a la madre para la adaptación a las demandas psicológicas que implica la maternidad” (p.109).

El tiempo que dura un embarazo y los cambios que desencadena, le permiten a los padres prepararse emocional y psicológicamente para recibir al nuevo integrante de la familia. Por tanto, no son suficientes aquellos cambios corporales que garantizan el desarrollo del bebé en el vientre, también es importante que conforme avanza el embarazo la futura madre vaya elaborando en su psiquis un espacio para su hijo, hecho denominado por Defey (1994) como “proceso de gestación psíquica” (p.109).

De este modo, la madre le proporcionará al hijo un lugar en su mundo representativo y desplegará distintos modos de percibir e imaginarlo.

Al inicio de la gestación, la mujer concibe al embrión como una parte más de su propio cuerpo, como si fuera otro órgano. Estas ideas cambian cuando la gestante comienza a sentir los primeros movimientos fetales, momento en el que empieza a percibir al feto como un otro diferenciado (Defey, s.f.).

La ecografía y la experiencia de constatar que hay un corazón latiendo también contribuyen a este cambio, y además, modifican las percepciones que la madre y el padre tienen sobre sí mismos, quienes “(...) comienzan a colocarse en la posición de tales y en la actitud de cuidar una vida (...)” (Defey, s.f., p.9).

Estos procesos son denominados por Denise Defey (s.f.) como “representaciones de autonomía”, las cuales se intensifican a medida que avanza el embarazo y permiten que la

madre pueda aceptar a su hijo como un individuo con necesidades propias que el adulto debe prepararse para atender y satisfacer adecuadamente.

Más adelante aparecen las llamadas “representaciones vinculares”, por medio de las cuales la madre comienza a imaginar al hijo en relación con otras personas (padre, abuelos, tíos, amigos de la familia) y en distintas situaciones. De este modo, la madre se piensa a sí misma “compartiendo” a su hijo con otras figuras significativas, integrándolo a un mundo enriquecido por otros vínculos (Defey, s.f.).

También se han constatado representaciones mentales maternas que persisten durante todo el embarazo. Siendo una de estas, la imagen de un bebé idealizado y perfecto que coincide muchas veces con los ideales culturales. De modo complementario, existen las “representaciones múltiples y fugaces” que son responsables de que pasen por la mente de la madre diversas imágenes del hijo (niña/varón, sano/enfermo, etc.). Dichas representaciones son preparatorias, porque preparan a la madre para tener al hijo que le toque tener, y para la eventualidad de perderlo o que nazca con problemas de salud o malformaciones (Defey, s.f.).

Las representaciones mentales maternas “(...) asignan desde la gestación un lugar al hijo en el espacio psíquico de la madre, lo cual luego repercutirá en el espacio real del mundo vincular dentro de la familia” (Defey, s.f., p.8).

A lo largo del embarazo se van a ir desplegando distintos modos de percibir e imaginar al bebé, dando lugar a un conjunto de diversas imágenes de hijo posible.

Defey (1994) citando a Bernardi y cols. (1991) señala que el proceso de gestación psíquica siempre implica un “caleidoscopio” de imágenes de hijo posible, así: “(...) la madre imagina simultánea y alternativamente al hijo de un sexo u el otro, con diferentes características físicas y de personalidad, parecido a diferentes niños conocidos, reproduciendo características de determinados familiares o personas valoradas, etc.” (p.110).

1.2 Las representaciones maternas:

Continuando con las representaciones mentales maternas, en el presente apartado se pretende explicar el curso que tienen las mismas durante la gestación.

En su libro la “Constelación maternal” publicado en 1997, el psiquiatra y psicoanalista Daniel Stern plantea que durante el embarazo se reorganizan los procesos representacionales de la madre en relación consigo misma, con su futuro bebé, con sus padres y con su pareja. Las representaciones de la madre comprenden sus fantasías, esperanzas, temores, sueños y recuerdos de la propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro de su hijo (Stern, 1997).

Lecannelier (2006) ha optado por utilizar el término de “representaciones fetales” (pp.180-181) para referirse a los procesos mentales (creencias, expectativas, fantasías, recuerdos, entre otros) que la madre elabora durante este período acerca de su bebé.

Éstas representaciones que venimos definiendo poseen un curso evolutivo:

Durante los tres primeros meses del embarazo, no es frecuente que existan representaciones acerca del bebé. Stern (1997) hace mención a “(...) un vacío de riqueza y especificidad de las representaciones maternas de su feto como niño” (p.32).

A partir del cuarto mes la madre comienza a sentir los movimientos fetales, éstos son considerados como uno de los principales causantes del inicio de las representaciones maternas. Las ecografías también cumplirían esta función.

Empiezan a surgir “(...) pensamientos, fantasías y expectativas sobre cómo será (rasgos físicos y psicológicos), a quién se parecerá, si será un bebé sano, cómo será la madre en su nueva identidad de ser madre(...)” (Lecannelier, 2006, p.181).

Desde este mes hasta el séptimo, las representaciones maternas sobre el hijo tienden a aumentar rápidamente en cantidad y riqueza. Sin embargo, hacia el séptimo y el noveno mes, dichas representaciones “(...)decrecen y se desdibujan gradualmente, se vuelven menos específicas y menos ricas” (Stern, 1997, p.33). hasta desaparecer o anularse completamente (Lecannelier, 2006).

Esto puede considerarse como “(...) una estrategia de protección para que no existan discrepancias muy grandes (y por ende, dolorosas) entre el bebé imaginado y el bebé real” (Lecannelier, 2006, p.181).

La madre se protege a sí misma de la discordancia entre la imagen del bebé que viene imaginando e idealizando y el bebé real que le tocara en suerte. Entonces, hacia el final del embarazo, renuncia a las representaciones más positivas e idealizadas para evitar desilusiones, y hace inconscientes aquellas que son negativas y que refieren a temores de deformación o muerte. Tras el nacimiento de su hijo, la madre comienza a reconstruir sus representaciones sobre quién es ese bebé y quién será en un futuro. Las reconstruye de acuerdo a lo que el bebé real y su nuevo papel como madre real representan para ella. Si bien aparecerán nuevamente muchos de los modelos que utilizaba durante el embarazo, los modificará para que se ajusten a la realidad actual (Stern, 1997).

1.3 La Constelación Maternal:

Daniel Stern (1997) sostiene que después del nacimiento de un bebé, especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica denominada “constelación maternal” (p.209).

Se trata de una construcción completamente normal en la vida de la mayor parte de las madres, cuya duración es variable pero durante el tiempo que dura se convierte en el eje organizador de la vida psíquica de la mujer.

Al respecto, Stern (1997) señala que la nueva condición psicológica que presenta la madre, le determinará "(...) un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos" (p.209).

Tras el nacimiento del hijo, las preocupaciones e intereses de la madre se reorganizan profundamente. Comienzan a centrarse más en su madre que en su padre, específicamente más en su madre como madre que como mujer o esposa; en las mujeres en general más que en los hombres; en su pareja como padre más que como compañero sexual; en su crecimiento y desarrollo personal más que en la carrera profesional, más en su bebé que en todo lo demás (Stern, 1997).

La madre comienza a centrarse exclusivamente en los cuidados y crecimiento de su hijo, dejando de lado intereses y angustias que tenía antes.

Las principales preocupaciones maternas se ven reflejadas en tres discursos que se detallan a continuación:

El discurso de la madre con su propia madre, especialmente con su-propia-madre-como-madre-cuando-ella-era-niña. A partir de su nueva experiencia la madre comienza a pensar a su propia madre desde un lugar distinto, valorando su experiencia de hija y el modelo materno que tuvo para la crianza de su propio hijo. *El discurso consigo misma*, especialmente consigo-misma-como-madre; refiere a los cambios psicológicos que le ocurren a la madre, que dan lugar al surgimiento de nuevas prioridades en su vida. Por último, *el discurso con su bebé*, en donde tienen lugar las representaciones de la madre sobre su hijo (Stern, 1997).

Además de los discursos, la constelación maternal agrupa cuatro temas que la componen, donde cada uno lleva asociado "(...) un grupo organizado de ideas, deseos, temores, recuerdos y razones que determinará o influenciará los sentimientos de la madre, sus acciones, interpretaciones, relaciones interpersonales y otras conductas de adaptación (Stern, 1997, p. 211).

Tema de la vida y el crecimiento:

Este tema se relaciona con la capacidad de la madre de mantener a su hijo con vida, hacerlo crecer y desarrollarse físicamente. Las preocupaciones maternas que se relacionan

con este tema tienen que ver con que el bebé deje de respirar, no se desarrolle bien, tenga que volver al hospital, y que los cuidados maternos no sean suficientes (Stern, 1997).

Tema de la relación primaria:

Stern (1997) refiere a relación primaria como aquella que sucede en el primer año de vida del bebé antes que desarrolle un lenguaje verbal. La misma comprende la creación de los primeros vínculos de relación personal, de afecto y seguridad. También incluye la inducción de las primeras normas de relación humana que se establecen a nivel preverbal, como la producción y la recepción de señales sociales y de afecto, la negociación de intenciones y la intersubjetividad. En torno a este tema aparecen temores en la madre a fracasar en esta función, a exigirse demasiado a sí misma en algunos sentimientos y conductas, o ser incapaz de amar y de entregarse (Stern, 1997).

Tema de la reorganización de la identidad:

Este tema está relacionado con la necesidad de la madre de transformar y reorganizar su identidad ante la nueva etapa que atraviesa en su vida. En este proceso, se ponen de manifiesto aquellas expectativas sobre qué tipo de madre va a ser, cuál será la relación con su bebé, cómo será la crianza, entre otras ideas que están relacionadas con la representación de maternidad que ella tiene, y que empiezan a gestarse durante el embarazo pero se hacen más intensas con la llegada del bebé.

Convertirse en madre implica un cambio en las representaciones que la mujer tiene sobre sí misma. La identidad que desarrolla ahora como madre, genera un cambio profundo en ella, especialmente en el modo de percibirse a sí misma como mujer. La nueva identidad materna cobrará un especial interés en la vida de la mujer al punto de convertirse en el eje central de la misma. Pero aún así, la futura madre no abandona su lugar como hija, estudiante, profesional, esposa, etcétera. Siendo la maternidad un nuevo aspecto que se incorpora a su vida, y repercute en personalidad e identidad como mujer.

Para que este cambio de identidad sea posible, la madre necesita modelos a seguir, por este motivo cobrarán relevancia la relación y experiencias con su propia madre así como también con otras figuras de la matriz de apoyo. En este sentido, Stern (1997) señala que en este proceso la madre "(...) revivirá la larga historia de identificaciones con su propia madre y otras figuras paternas/maternas" (p. 220).

El autor sostiene que la interacción que la madre experimenta con su hijo, actuará como evocador de recuerdos de su propia experiencia como bebé .

Los cuidados diarios maternos probablemente evocan constantemente recuerdos de la infancia de la madre y al mismo tiempo, los cuidados maternos que recibió de su propia madre. Estos recuerdos evocados son la base para que haya una profunda reorganización de su identidad como hija y como madre.

Tema de la matriz de apoyo:

A lo largo de todo el proceso de maternidad, especialmente después del nacimiento, tanto la madre como el recién nacido necesitan de un ambiente de protección, sostén y amparo.

Stern (1997) plantea el tema de la matriz de apoyo y se refiere al mismo como la necesidad y capacidad que tiene la madre para crear una red de apoyo que sea capaz de protegerla, sostenerla y ayudarla a cumplir sus funciones maternas. Según el autor, tradicionalmente esta red de apoyo se ha conformado por mujeres, especialmente por aquellas más experimentadas y cercanas a la madre, como las abuelas, hermanas, tías y su propia madre.

Podría pensarse que la madre busca preferentemente rodearse por figuras femeninas y maternas para conformar su red, entre otros motivos, debido al hecho de que la maternidad ha sido históricamente considerada como un tema de mujeres. Durante mucho tiempo, ha sido concebida como una función de carácter instintivo y natural que la mujer posee, debido a su condición biológica de engendrar y dar a luz a otro ser. Se considera importante en este punto, repensar el concepto de maternidad y entenderlo como un fenómeno que excede al hecho biológico. De este modo, se puede comprender la maternidad como una construcción cultural que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida de la mujer (Cigarroa, 2011).

A su vez, es un proceso que la mujer transita desde su propia historia de vida, su subjetividad, personalidad y situación presente (económica, social, laboral, familiar, conyugal, etcétera).

Continuando con los planteos de Stern (1997), la matriz de apoyo tiene como funciones proteger físicamente a la madre, cubrir sus necesidades vitales y retirarla durante algún tiempo de las exigencias de la realidad externa para que ella pueda dedicarse al cuidado y crianza de su hijo, y así, disfrutar plenamente de su nuevo rol.

Se observa en el planteo del autor que la figura femenina aparece asociada al rol maternal y de cuidados, entendiéndose que la madre es quien asume y se hace cargo del cuidado del bebé. Pero esto no siempre sucede así, puesto que hay madres que por diversos motivos no pueden dedicarse exclusivamente a su bebé. Muchas veces no cuentan con "(...) la

disponibilidad social y afectiva para asistir a su hijo en forma estable, regular y exclusiva durante los valiosos meses posteriores al nacimiento” (Schlemenson, 2011, p.11).

Entonces, la “función maternal” la puede cumplir otro adulto que se encuentre dispuesto a amar, cuidar, mimar, criar y establecer un vínculo estable con el pequeño. Además de la disponibilidad y el deseo de hacerse cargo, el adulto debe ser capaz de interpretar y atender adecuadamente a las necesidades del niño/a (Schlemenson, 2011).

Entonces, también pueden encargarse del bebé el padre, los abuelos, hermanos mayores o cualquier otra persona dispuesta a amar al pequeño y de ocuparse de sus necesidades tanto biológicas como psicológicas durante los primeros meses de vida.

Lo anteriormente expuesto, permite repensar las redes de apoyo maternas, entendiendo que las mismas pueden constituirse por diversas figuras que no necesariamente tienen que ser otras madres experimentadas de la familia.

Por su parte, Díaz-Rossello, Blasina y Correas (2018) sostienen que la función de cuidado y crianza requiere de adultos de cualquier género que se muestren disponibles. Afirman además, que a todo adulto disponible para atender a un recién nacido, le suceden importantes cambios a nivel cerebral que generan modificaciones comportamentales que favorecen la crianza. Dichos cambios suceden debido a la capacidad que tiene el bebé de estimular y emitir señales (llanto, hipos, vocalizaciones, etc.) que resultan enormemente atractivas para cualquier adulto y provocan en ellos determinados patrones de conductas. Generalmente, los cambios en el comportamiento necesarios para cuidar y criar se desarrollan y observan en la madre, ya que es la que más se expone a estos estímulos del bebé. Pero según los autores mencionados, cualquier otro adulto disponible puede ser estimulado y desarrollar conductas parentales, para los mismos, la función parental de crianza no tiene género ni edad, y además, es cooperativa.

Lo expuesto hasta el momento permite repensar el lugar que pueden ocupar los integrantes de la red de apoyo maternal. Además de las funciones mencionadas anteriormente en lo relativo al cuidado de la madre, es preciso mencionar que la red también puede funcionar como un apoyo al cuidado, desarrollo y crianza del niño desde un lugar más activo. Entendiéndose que las tareas de cuidado y crianza no son compromisos únicamente de la madre o de una sola persona, sino que es responsabilidad de muchos porque “(...) cuando nace un bebé, nace una madre, un padre, abuelos, tíos, etcétera (...)” (Díaz-Rossello et al., 2018, 207).

Considerando lo anterior, es preciso señalar que la matriz de apoyo no se constituye únicamente por familiares y personas cercanas a la madre como sostiene Stern, sino que la conforman también otros agentes comprometidos a promover un ambiente adecuado para

la madre (o cuidador principal) y el recién nacido. De este modo, se puede concebir la crianza y el cuidado de los más pequeños no como un tema propio del ámbito privado de la familia, sino como una responsabilidad de todos. En este sentido, se hace imprescindible mencionar la importancia que tiene el equipo interdisciplinario de atención al recién nacido, a la puérpera y su familia. Puesto que se trata de un conjunto de profesionales que desde los distintos lugares que ocupan en la matriz, entre otras cosas, apoyan a la familia en el cuidado, desarrollo y crianza del bebé.

1.4 Preocupación maternal primaria:

Durante el período que comprende los finales del embarazo y las primeras semanas o meses después del nacimiento del bebé, la madre desarrolla gradualmente una condición psicológica que Winnicott (1979) denomina “preocupación maternal primaria”. Se trata de un estado en el que la madre se encuentra disponible exclusivamente para su bebé, entregándose por completo a su cuidado, al punto de renunciar a sí misma y a sus intereses personales para atenderlo. En dicho estado la madre presenta una sensibilidad muy elevada que le permite ponerse en el lugar de su hijo e identificarse con él. Por medio de su identificación, ella es capaz de interpretar y responder adecuadamente a las necesidades de su bebé, adaptándose a las mismas y brindándole al pequeño un ambiente suficientemente bueno para su desarrollo.

Con el paso del tiempo, es normal que la madre vaya superando este estado de preocupación y devoción absoluta por su bebé, en la medida que este vaya siendo capaz de tolerarlo, al mismo tiempo que comienza a recuperar el interés por ella misma y otros asuntos de su vida (Winnicott, 1995).

En ocasiones, a una madre le puede resultar complejo desarrollar la preocupación maternal primaria, así como también el poder volver a la actitud de importarse por ella. Winnicott (1995) señala que existen dos tipos de trastornos que se pueden desarrollar en las madres durante este período. Por un lado, pueden estar aquellas madres cuyos intereses personales son demasiado compulsivos, por lo que se les hace muy difícil abandonarlos y desenvolver este estado. Contrariamente, están aquellas madres que se preocupan demasiado por su bebé, convirtiéndose en una preocupación patológica. Independientemente de que la madre goce o no de un estado mental sano durante este período y que cuente con redes de apoyo, puede sentirse vulnerable en ese momento. Pero cuando estas redes fallan o dejan de funcionar, su vulnerabilidad será más visible. Dada la existencia de estas dificultades que pueden surgir, la madre puede caer en lo que se denominan trastornos puerperales (Winnicott, 1995).

CAPÍTULO 2: **Situación de prematurez**

2.1 El recién nacido prematuro:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que un recién nacido (RN) es prematuro cuando nace antes de cumplir las 37 semanas de gestación. Los bebés prematuros se clasifican según su edad gestacional en: *prematuros extremos* (menos de 28 semanas), *muy prematuros* (28 a 32 semanas) y *prematuros moderados* (32 a 37 semanas). Entre los moderadamente prematuros, aquellos que nacen entre las semanas 34 y 36 son denominados *prematuros tardíos* (Moraes, Pimienta y Madera, 2009).

También se puede clasificar al neonato según su peso al nacer. Se considera que es de *bajo peso al nacer* cuando este es inferior a 2.500 gr, de *muy bajo peso al nacer* cuando su peso es inferior a 1.500 gr, y de *extremo bajo peso* cuando es inferior a 1000 gr (Rellán, García de Ribera y Aragón, 2008).

Los bebés nacidos prematuramente no alcanzaron a completar el desarrollo y la madurez fisiológica de todos los sistemas que constituyen su organismo y que le permiten sobrevivir en el medio extrauterino. Sus exigencias son diferentes a las de un bebé nacido a término. Dadas sus necesidades vitales e inmadurez, el neonato prematuro requiere de cuidados y condiciones especiales. No todos los prematuros son iguales y no necesariamente van a presentar los mismos problemas de salud. La gravedad de los mismos y sus necesidades asistenciales están relacionadas con la edad gestacional, el grado de inmadurez y el peso al nacer. Cuanto más prematuro es el bebé y más bajo es su peso al nacer, mayor será el riesgo de complicaciones que pueda desarrollar a corto, mediano y largo plazo.

Los prematuros severos tienen un mayor impacto en la mortalidad neonatal debido a su inmadurez y bajo peso (inferior a 1000g) en comparación con los más grandes, además, suponen un alto costo para el sistema de salud.

Sin embargo, se ha constatado que en nuestro medio el gasto en salud es mayor para los prematuros tardíos, debido a su alta incidencia. Además, se ha comprobado un aumento significativo de la morbilidad en los nacidos entre las semanas 34 y 37 (Moraes, Pimienta y Madera, 2009).

Los resultados de un estudio llevado a cabo en cuatro maternidades de Uruguay, muestran que en comparación con los nacidos a término, los prematuros tardíos presentan mayor incidencia de trastornos respiratorios, metabólicos e infecciosos. Siendo la hipotermia, hipoglucemia e ictericia las complicaciones más frecuentes en este grupo. Se incluyeron en

el estudio los nacidos de 37 semanas y se observó que estos prematuros duplican la morbilidad en comparación con los nacidos entre las semanas 39 y 40 (Moraes, Pimienta y Madera, 2009).

Según Fabricio Choca (2007), las complicaciones ocasionadas por la prematurez no son específicas de ella, es decir, las patologías más frecuentes de los prematuros también se pueden observar en otros niños, especialmente aquellos con antecedentes perinatales.

De acuerdo a los planteos del Dr. Daniel Borbonet (2012), algunas secuelas de la prematurez han disminuido al conocer mejor los factores que las causan, siendo las alteraciones neurológicas las que más preocupan en la actualidad.

Respecto a las causas de la prematurez, Borbonet (2015) señala que los factores que la favorecen tienen que ver con el contexto social, la edad, la genética y las condiciones de salud y de vida de la gestante. Asimismo, destaca la importancia de realizar precozmente el primer control del embarazo, ya que así, se pueden detectar y tratar ciertas patologías que pueden ocasionar un nacimiento prematuro. No obstante, hay embarazos bien controlados que por causas genéticas el bebé nace antes de tiempo.

Por otro lado, Borbonet (2012) destaca un cierto porcentaje de nacimientos prematuros ocasionados intencionalmente ante la presencia de alguna patología materna, placentaria o fetal, con la cual el feto no sobreviviría dentro del útero materno y hay que hacerlo nacer antes de tiempo.

Respecto a este porcentaje, aclara que si a nivel mundial la prematurez está aumentando, es debido a la detección a tiempo de dichas situaciones de riesgo, en las que hay que inducir el parto prematuro, y asegura que así se ha disminuido la mortalidad fetal. El neonatólogo sostiene que es el número de prematuros que nacen espontáneamente el que hay que intentar disminuir, lo que sólo puede lograrse mediante un control precoz y adecuado del embarazo (Borbonet, 2015).

Si bien en los últimos años Uruguay ha avanzado mucho en la atención de los recién nacidos prematuros, aún quedan muchos desafíos por delante. Borbonet (2015) señala que uno de ellos, refiere a la necesidad de mejorar el control y seguimiento de los prematuros después que son dados de alta. El otro tema al que hace referencia el neonatólogo, refiere a la necesidad de extender la licencia maternal de las madres de niños prematuros. También destaca la importancia de atender el costo que puede representar para los padres y la familia tener a un recién nacido hospitalizado (desatención de otros integrantes familiares, pérdidas laborales, etcétera). Además, insiste en la necesidad del apoyo de profesionales de salud mental y trabajadores sociales.

2.1.1 Capacidades interactivas del prematuro:

Cada bebé es diferente y único. Su comportamiento y el tipo de señales que emita dependerá en gran medida de las semanas de gestación, de su estado de salud, de los cuidados que reciba, de la medicación que se le administre, etc. A pesar de las características generales que se mencionan a continuación, es preciso señalar que existe una gran variabilidad entre los prematuros.

Tal como señala Fernando González Serrano (2009), algunos prematuros se muestran hipersensibles y reaccionan ante los mínimos estímulos del entorno; otros son más apáticos y no reaccionan, por último, se encuentran los que oscilan entre los dos extremos, presentando una capacidad notable en la regulación de los estados de vigilia y para interactuar con los padres.

En cuanto a la vida psíquica, estos bebés parecen estar todavía a la espera de nacer, en una especie de apatía que parece ignorar los intercambios con el ambiente cercano. Muchos de ellos expresan ciertos indicios de reacción a estímulos como los de malestar o dolor, con discretas variaciones de la postura, la mímica o la coloración de la piel. (González, 2009)

Martínez (1993) citado por Mosso (2016), señala que la conducta inicial del RN prematuro está relacionada por cambios en su frecuencia cardíaca, en su frecuencia respiratoria, en su nivel de oxigenación, en su presión arterial, en el color de su piel. Es decir que al inicio el neonato se caracteriza principalmente por su inmadurez e inestabilidad fisiológica.

Inicialmente se encuentran muy pocas respuestas a estímulos externos, y en algunas ocasiones no se presentan. Hay un acuerdo general entre varios autores de que las capacidades de interacción y de regulación motriz y emocional del prematuro son más limitadas que las del recién nacido sano a término. Algunos no retroalimentan las conductas maternas, son poco reactivos al rostro humano y la voz, a estímulos visuales y auditivos en general. A su vez, pueden presentar comportamientos evitativos (Kreiser y Soulé, 1990; Choca, 2007; González, 2009).

Muchos prematuros deben invertir gran parte de su energía para reaccionar a los estímulos ambientales y a estabilizar e integrar sus funciones fisiológicas. Debido a esto, los prematuros no cuentan con mucha energía para interactuar con sus padres (González, 2009).

Gradualmente sus respuestas mejorarán, volviéndose casi automáticas hasta llegar a ser más organizadas y menos consumidoras de energía (Martínez, 1993 citado por Mosso, 2016).

2.2 Los padres y la prematuridad:

El nacimiento antes de tiempo de un hijo resulta ser una vivencia impactante para los padres, dado que se encuentran aún en proceso de adaptación para recibir al nuevo miembro de la familia. La llegada sorpresiva del bebé, los sitúa en una realidad que no esperaban y para la cual no estaban preparados aún.

Cuando un recién nacido, ya sea prematuro o no, presenta problemas o riesgos en su salud y necesita cuidados especiales para sobrevivir, deberá ser ingresado a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Las unidades neonatales suponen un ambiente estresante para el bebé, sus padres, la familia y el equipo de salud. En ocasiones se lo define como un lugar hostil, frío, poco acogedor y desconocido, que se convierte para los padres en “(...) un mundo ajeno, complejo, estresante y algunas veces desalentador (...)” (Acosta y Cabrera, 2016, p.195).

Al nacimiento prematuro se le suma la hospitalización del hijo, lo que afecta aún más a los padres y dificulta el vínculo entre ellos, ya que para su recuperación el bebé necesita estar conectado a diferentes equipos médicos que pueden obstaculizar el acercamiento y el contacto con su familia.

Al mismo tiempo, los padres deberán enfrentarse a la posibilidad real del fallecimiento de su hijo y a las posibles secuelas o complicaciones que puedan surgir a causa de la prematuridad. Esta situación que se plantea, resulta ser una fuente de estrés y angustia para los padres, quienes pueden manifestar sentimientos de culpa, fracaso, miedo, inseguridad, tristeza e impotencia.

Un estudio de revisión bibliográfica constata que las madres de hijos prematuros tienen un alto riesgo de padecer trastornos psicológicos en el posparto, teniendo “(...) una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo puerperal superior a la de las madres con hijos sanos y a término” (Puig et al., 2018, p.22).

Diversos autores consultados en dicho estudio han identificado como fuentes de estrés para los padres los siguientes factores:

Los *factores personales*, refieren a la preocupación que tiene la madre sobre la salud y el riesgo de vida de su hijo; la insatisfacción con el desarrollo de su embarazo; y la pérdida de la función maternal debido a que el cuidado de su bebé queda a cargo del equipo de salud

especializado. Otros factores son los *situacionales*, que están relacionados con el ingreso del RN prematuro a la unidad neonatal, generando una separación forzosa y angustiante para los padres.

En un estudio donde se evalúa el nivel de estrés en padres ante la internación de su bebé en la UCIN, se observa que éstos perciben la internación de su hijo como un suceso moderadamente estresante. Los resultados obtenidos demuestran que la separación con el hijo y la alteración del rol parental es la situación que más estrés les genera, resultando muy estresante para ellos la imposibilidad de tomar en brazos al bebé, de alimentarlo y cuidarlo (Caruso, 2013).

León, Poudereux, Giménez y Belaústegui (2005), a partir de los hallazgos de su estudio coinciden con que la alteración de los roles parentales constituye el factor que genera mayor estrés en los padres. Además, encuentran que este factor, el comportamiento y la apariencia del bebé así como el ambiente de la UCIN, preocupa y afecta algo más a las madres que a los padres.

Por último, se destacan los *factores ambientales*, que refieren al entorno y las características de la UCIN. Generalmente, la unidad neonatal se caracteriza por ser un ambiente complejo, frío, luminoso, ruidoso y equipado con aparatos de alta tecnología, resultando ser un lugar desconocido y poco familiar para los padres. Además, hay una intensa actividad por parte de los profesionales de la salud que deben llevar a cabo intervenciones y manipulaciones -estresantes y dolorosas- en el neonato. Los procedimientos y medios invasivos que se realizan al neonato impactan fuertemente en los padres (Acosta y Cabrera, 2016).

Diversos estudios han demostrado que los tubos y dispositivos clínicos conectados al prematuro para ayudarlo a vivir constituyen un potente agente estresor (Puig et al., 2018).

El ambiente del hospital se presenta muy diferente al entorno que los padres imaginaron para aguardar la llegada del bebé, por lo que estos tendrán que adaptarse a la realidad que se les impone y aceptar las normas, los horarios y la rutina del lugar. Esto implica un proceso difícil para los padres y la familia, resultando más complejo aún por el hecho de que en la mayoría de las unidades los cuidados del prematuro se centran fundamentalmente en los aspectos biológicos. No obstante, cada vez son más las unidades neonatales que están poniendo en marcha iniciativas de humanización en relación a los cuidados del bebé, los padres y la familia, teniendo en cuenta también las necesidades y salud mental de éstos (Osuna, 2018).

2.3 Particularidades de la interacción temprana durante la internación del bebé prematuro:

Es muy difícil preparar a los padres para el primer encuentro con su hijo prematuro. La imagen que se tiene del bebé no es la esperada, está muy lejos de aquella imagen que venían construyendo durante el embarazo. El bebé impresiona como más pequeño, frágil -especialmente si es de bajo peso-, su piel es más delicada, casi no se mueve ni responde, se encuentra rodeado de cables dentro de una incubadora (muy distinta a la cuna tan soñada y preparada).

Las primeras interacciones entre el bebé prematuro y sus padres tendrán ciertas particularidades como consecuencia del contexto en el que se desarrollan.

Enseguida del nacimiento, el bebé es llevado a un sector especializado para recibir los cuidados que necesita. Dadas sus condiciones delicadas, es indispensable la asistencia de un entorno médico y técnico (incubadora, monitores, respiradores, etc.) para mantenerlo con vida. Por consiguiente, los primeros intercambios vinculares entre el recién nacido y sus padres se enmarcan en un ambiente medicalizado, controlado y con intensa actividad por parte del personal de salud. Un lugar donde muchas veces no cuenta con espacios cómodos para que los padres se sienten o descansen; el contacto con su bebé está restringido por la cantidad de catéteres, cables y tubos que se interponen; la mayoría de los objetos son desconocidos; hay un especial olor a “medicina”, y es un ambiente con aspecto más mecánico que humano.

Unos de los obstáculos que interfieren en la interacción temprana es la dificultad que tienen los padres para tener a su hijo en brazos y mantener un contacto físico prolongado con él, puesto que el recién nacido debe permanecer internado en la incubadora.

Por tratarse de un dispositivo tecnológico necesario para la vida del recién nacido, la incubadora puede representar un “obstáculo” en la vinculación madre-padre-bebé, funcionando como un “límite” de plástico real que impide o dificulta el acercamiento y el contacto del pequeño con su familia. Sin embargo, puede funcionar como un dispositivo que participa en la escena como “parte de”, sin dificultar el acercamiento o proximidad que pueda surgir mediante distintos modos de “contacto”: visual, corporal, verbal, gestual, acercamientos de posturas corporales, etcétera (Santos, 2008).

Es preciso señalar que el tiempo y la frecuencia de contacto dependerá del estado de salud del bebé y de su evolución durante la internación, pero en gran medida, esto lo definirá la organización particular de la UCIN. Aún existen unidades neonatales que establecen

horarios específicos de visitas, lo que resulta una barrera en el ingreso de la familia al servicio y su participación en los cuidados del recién nacido.

Otro obstáculo que puede interferir en la interacción son las características y limitaciones que presentan los prematuros. Para estos bebés, a diferencia de los recién nacidos sanos a término, interactuar con sus padres resulta más difícil al comienzo y logran hacerlo mejor cuando su salud está más estable, lo que coincide muchas veces con el momento de del alta. Entre otros motivos, esto se debe al hecho (ya mencionado antes) de que los prematuros dedican gran parte de su energía en el esfuerzo de mantener sus funciones fisiológicas en equilibrio, y además, para reaccionar a los estímulos ambientales –de malestar y dolor principalmente-, quedándose con muy poca energía para interactuar con sus padres. Por tanto, sus capacidades interactivas son limitadas al comienzo y se ven más afectadas cuando existen complicaciones médicas.

Tal como señala González (2009), “los primeros signos de interacción del bebé pasan por señales corporales: posturas, mímicas, tonalidad de los llantos, coloración de la piel, estado de tensión o relajación, manera de ocupar el espacio de la incubadora(...)” (p.71).

El bebé que nace a término tiene la capacidad para interactuar con su madre por medio de distintas conductas: modificando el tono corporal, con vocalizaciones, gestos, etc. Responde a las estimulaciones así como también pone en marcha acciones para llamar la atención. Participa activamente en los intercambios visuales y vocales con su madre. En cambio, el prematuro es poco reactivo a los estímulos que la madre le provee y tampoco presenta expresividad gestual, encontrándose en un estado de apatía que parece ignorar los intercambios del ambiente cercano. Estas características pueden dificultar el establecimiento de un diálogo tónico con la madre (Kreisler y Soulé, 1990; Choca, 2007).

Es muy importante que el recién nacido pueda entrar en una especie de diálogo tónico con su madre, puesto que es una de las formas en que ambos pueden comunicarse y conocerse, para alcanzar una sincronía en la interacción y construir un vínculo afectivo. Para los prematuros, resulta más difícil lograr esta forma de comunicación a través de lo corporal porque tienen una tonicidad muscular escasa (hipotonía axial) que dificulta su reacción ante los estímulos de la madre.

Los rasgos particulares que presenta el prematuro en cuanto a su aspecto físico también pueden significar una dificultad en la interacción. Cuando el recién nacido prematuro da la impresión de muy “blandito”, es decir, que presenta un tono muscular disminuido, los padres pueden sentir poco placer o incluso temor al abrazarlo o tocarlo, ya que dicha apariencia produce en ellos la sensación de fragilidad de su bebé. Progresivamente, el tono muscular

del cuerpo del neonato cambia y aumenta, haciendo que resulte más fácil y agradable para los padres sostenerlo (Mosso, 2016).

Los padres también tienen sus propios estilos de comunicación con el bebé: unos privilegian más el movimiento, otros les hablan, otros les acarician y tocan.

En los casos de prematuridad, el contacto físico que establecen los padres con su bebé se caracteriza por ser menos frecuente, porque generalmente el pequeño debe permanecer la mayor parte del tiempo en la incubadora dado su estado de salud. Por otro lado, se podría pensar que cuando se trata de un bebé de aspecto muy delicado (especialmente si tiene catéteres, tubos...), los padres suelen tener más dificultad para sostenerlo en brazos o acariciar todo su cuerpo, de modo que se limitan a tocar únicamente sus extremidades. Esto se debe, entre otros motivos, a la impresión de fragilidad que el bebé transmite y a lo poco gratificante que puede resultar el contacto para los padres, como ya se ha mencionado anteriormente. Además, suelen ser bebés difíciles de consolar, por lo que el contacto se vuelve más frustrante y estresante para los padres.

Existe un consenso generalizado en cuanto a que las conductas interactivas de las madres de prematuros son diferentes de las de nacidos a término sanos.

Muller-Nix et al., (2004) citados por González (2009), describen estas conductas como intrusivas y sobreestimulantes, y consideran que las mismas pueden afectar negativamente la interacción entre la díada, ya que pueden provocar en el bebé desinterés o comportamientos evitativos.

Otros autores consideran que las conductas de las madres son apropiadas ante las capacidades interactivas limitadas de los prematuros y su necesidad de estimulación, considerándolas como un "cuidado o crianza compensatoria" (Miles et al., 1997; Singer et al., 2005 citados por González, 2009).

Algunos estudios basados en la observación de pequeñas muestras de díadas madres-bebés prematuros, han constatado que estas madres tocan menos a sus hijos y tienen menos conductas exploratorias visuales y gestuales hacia ellos. En cambio, se encontró que las madres de bebés a término sanos estudiadas exploran, tocan, mueven los brazos y piernas del pequeño, convirtiendo el momento de la alimentación en un tiempo para descubrirse y conocerse mutuamente (Charavel, 2000 citado por González, 2009).

Se podría suponer que el contacto limitado de las madres con su hijo prematuro, se debe a la inseguridad y temor que estas puedan tener al momento de interactuar con un bebé de aspecto tan frágil y delicado. Al no comprender aún el comportamiento de un prematuro y las precauciones para su cuidado, la madre puede creer que no va a sostener o tocar a su bebé correctamente, y que incluso, puede llegar a dañarlo por no hacerlo bien.

En lo que refiere a la interacción verbal, las madres de prematuros buscan principalmente animar a su hijo a que se alimente, llamándolo por su nombre y hablándole en el momento de la alimentación. En cambio, las madres de bebés a término sanos manifiestan un lenguaje verbal constituido principalmente por preguntas dirigidas a su bebé (González, 2009).

A pesar del contexto peculiar en el que tienen lugar las primeras interacciones madre-padre-bebé prematuro, es posible iniciar y mantener un intercambio entre ellos que posibilite la construcción de un vínculo afectivo.

2.4 Ser madre prematura:

Como plantea Graciela Grandi (2013), “cuando tenemos un recién nacido prematuro tenemos una recién madre prematura” (p.9). Quien ha tenido que nacer antes de tiempo, cuando no estaba preparada aún. Así como el bebé necesita de los 9 meses para desarrollarse, la madre necesita también de ese tiempo para poder adaptarse a la nueva situación y crearle a ese nuevo ser que está por llegar un lugar, no sólo físico, sino también psíquico.

La prematuridad nos acerca a una madre que se encuentra atravesando un momento difícil, que la hace vulnerable y emocionalmente frágil. Con una gran necesidad de contención, sostén y acompañamiento.

La madre experimenta una “doble crisis”, dado que a la crisis vital y evolutiva que representa la maternidad se le suma una “crisis circunstancial” ocasionada por la internación de su bebé (Galimberti, s.f.).

El ingreso a la UCIN significa que el recién nacido se encuentra más susceptible a presentar complicaciones, por lo que debe permanecer bajo cuidados especiales. Esta separación inmediata retrasa el establecimiento del vínculo afectivo en la díada y dificulta el desempeño de los cuidados voluntarios maternos. A su vez, surgen sentimientos de incertidumbre en la madre respecto a los riesgos de vida que pueda presentar su hijo (Villamizar, Vargas y Rueda, 2014).

La madre debe afrontar la posibilidad de que su hijo no sobreviva dada su delicada condición. A su vez, debe hacer frente a la sensación de incapacidad por no haber sido capaz de gestar un bebé sano y a término (Caplan citado por Cramer, 1978).

Según los estudios realizados por Cramer (1978), se puede apreciar que la madre tiene una fuerte sensación de fracaso ante el nacimiento prematuro de su hijo, dado que no pudo completar el embarazo. Ella cree que no ha sido capaz de llegar hasta el final y de proteger a su bebé adecuadamente. Generalmente, la causa de la prematurez la atribuye a un

defecto personal casi siempre relacionado con algún problema físico. Esto abre paso a que afloren sentimientos de culpa en la madre, quien se considera responsable de que su hijo haya nacido prematuramente, con alguna patología o con riesgo de vida. Ella cree que le ha causado “ese daño” al bebé, y que puede hacerlo nuevamente. Esto incrementa su temor e inseguridad al momento de cuidarlo, sobretodo por tratarse de un bebé más delicado en comparación con otros sanos y a término.

Al sentirse culpable, la madre puede sentirse incapaz de proteger a su bebé adecuadamente y creer que el personal de enfermería lleva a cabo los cuidados maternos mejor que ella. Al comprobar la eficiencia de los aparatos de alta tecnología y el equipo de salud al cuidado de su hijo, la sala de neonatología se convierte en “(...) un vientre prestado que protege mejor al niño (...)” (Cramer, 1978, p.150).

Esto puede acarrear sentimientos de inferioridad en la madre. Su autoestima se encuentra intensamente disminuida, así como la percepción de sus capacidades como madre.

Todo esto puede incidir en la interacción entre la madre y el bebé. Al no sentirse lo suficientemente preparada para cuidar adecuadamente a su bebé, incluso llegar a creer que puede hacerle daño, dificulta el relacionamiento con su hijo. Todos sus temores, sentimientos de culpa y ansiedad se incrementan al sentirse incapaz de ayudar y cuidar a su hijo. Por ello, es importante que la madre aprenda y se adapte a las características específicas de un bebé prematuro (Cramer, 1978).

Acompañar tanto a la madre como al padre en este proceso de adaptación a las necesidades y cuidado de su bebé prematuro es importante para disminuir sus ansiedades, fortalecer los roles parentales en la UCIN, lo que mejora su autoestima y promueve mayor autonomía e independencia en los cuidados de su hijo al momento del alta.

2.4.1 Impacto del nacimiento prematuro en los procesos psicológicos de la madre

El nacimiento prematuro es una realidad que se impone bruscamente e interrumpe el proceso psicológico que se venía gestando en la psiquis materna. Ocurre en el momento en que aún permanecen muchas representaciones maternas y predominan aquellas imágenes más positivas e idealizadas sobre el bebé.

La prematurez nos acerca a una madre que se encuentra confundida entre las imágenes y fantasías que venía tejiendo sobre el hijo que llevaba en el vientre, ya que aún permanecen muchas representaciones del bebé fantaseado e idealizado cuando irrumpe abruptamente el bebé real.

La madre no tuvo tiempo suficiente de renunciar a las representaciones más positivas e idealizadas para evitar desilusiones, ni tampoco de hacer inconscientes aquellas que son negativas (miedo a que nazca enfermo, a que muera).

Todo el proceso de gestación psíquica se detiene abruptamente por la realidad que se le impone, dejándola con el vientre vacío y con un bebé delicado, muy diferente al que venía fantaseando, y que además, intensifica sus mayores temores y hace realidad algunos de ellos (no llegar a completar el embarazo). Esta realidad tendrá que ser conciliada con ese bebé, ya no como ideal, sino como real.

Todo esto implica una carga emocional muy grande para la mujer, quien se encuentra atravesando un período complejo y de intensos cambios, el puerperio.

Este período a veces resulta ser una experiencia estresante para la madre, dado que le exige “(...) esfuerzos físicos, psicológicos y emocionales extraordinarios para atender las demandas que el cuidado de un recién nacido requiere” (Palacios, 2016, p.168).

Para una madre prematura, el puerperio resulta mucho más complejo. No sólo debe enfrentarse a los cambios físicos, psicológicos y emocionales propios del postparto, sino también a la prematurez, a las condiciones de salud de su hijo y su internación inmediata.

El período de posparto coincide con un un estado especial en el que la madre ingresa progresivamente en el final del embarazo y que dura unas semanas más. Winnicott (1979) denominó Preocupación Maternal Primaria (PMP) a esta capacidad que desarrolla la madre, caracterizada por una alta sensibilidad y adaptación a las necesidades de su bebé.

Durante este tiempo las emociones, sentimientos y preocupaciones característicos de la PMP son fantasías y temores que pueden cumplirse realmente (Grandi, 2013)

Considerando lo dicho anteriormente, podríamos pensar que la preocupación de una madre prematura se centra principalmente en el temor por mantener la vida de su hijo. Dado que el estado de salud de su bebé es delicado, sus angustias y temores pueden girar en torno a que éste deje de respirar, tenga una apnea, no quiera comer; o bien pueden estar relacionados a su capacidad para cuidarlo, por lo que pueden aparecer temores a dejarlo caer, no protegerlo lo suficiente, no cuidarlo adecuadamente. Estas preocupaciones se intensifican más aún cuando llega el momento del alta, donde la madre ya no cuenta con la ayuda del equipo médico para cuidar a su bebé. Este momento resulta más difícil para ella si no cuenta con el apoyo de familiares y figuras significativas.

Por otro lado, en el puerperio la madre entra en una nueva organización psíquica, definida por Stern (1997) como “Constelación Maternal”. Esta se compone por cuatro temas, donde uno de ellos reúne los temores y preocupaciones que ya se han mencionado anteriormente.

Por tanto, podría pensarse que el tema predominante en la constelación maternal de una madre prematura será el de la vida y el crecimiento del recién nacido, dado que hay una preocupación constante por mantener la vida de su hijo y a que este pueda desarrollarse saludablemente.

CAPÍTULO 3: **Modalidades de intervención**

En los siguientes apartados se pretende mencionar algunas alternativas de intervención con el bebé prematuro y su familia, especialmente durante su estadía en la UCIN, y describir en líneas generales el quehacer del psicólogo en la situación que se plantea. Para ello, se considera pertinente incluir los aportes de la Psicología Perinatal, y del nuevo modelo de cuidados al recién nacido prematuro y su familia, denominado Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia.

3.1 Atención al recién nacido en Neonatología

3.1.1 Cuidados centrados en el desarrollo y la familia: una iniciativa de humanización de los cuidados neonatales

Convencionalmente se ha pensado que para controlar las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias en las unidades neonatales era fundamental limitar tanto el contacto físico del neonato con su familia, como el ingreso de la misma a la sala de internación. Estas medidas se llevaban a cabo porque los padres eran vistos como una posible fuente de contaminación, y al neonato prematuro se lo consideraba un ser poco capaz de relacionarse y recibir un cuidado más humano. Por otro lado, los avances tecnológicos y terapéuticos en el campo de la neonatología han garantizado la supervivencia del prematuro en la UCIN, pero también lo exponen a diversas situaciones que pueden llegar a ser desfavorables para su proceso de desarrollo neurológico y afectivo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018).

Dichas situaciones refieren a la exposición del neonato prematuro a: múltiples experiencias sensoriales (luz permanente, ruido, frío, entre otras); manipulaciones médicas (en muchos casos dolorosas, molestas y estresantes); la interrupción de los ciclos del sueño; el largo período de internación; la separación física con su madre y el limitado contacto afectivo con

su familia. Estas experiencias y condiciones pueden incidir en el proceso de su desarrollo, de modo positivo o negativo según el estímulo del que se trate (UNICEF, 2018).

Por lo tanto, podría pensarse que una asistencia exclusivamente médico-técnica no es suficiente para el cuidado de un prematuro, puesto que el ambiente de la UCIN es muy distinto al útero materno y presenta características que si bien son necesarias para la vida del recién nacido también pueden ser desfavorables para él y para su familia.

Tradicionalmente la atención neonatal en la UCIN, principalmente por parte de enfermería, se ha basado en un modelo biomédico que reduce lo humano a lo biológico, y aleja a los profesionales de la salud de una visión humanista y holística del cuidado.

El Dr. pediatra y neonatólogo Adik Levin, uno de los mayores promotores de los derechos de los niños prematuros, en 1999 propuso los principios de la Iniciativa para la Humanización de los Cuidados Neonatales (IHCN) (Asociación Española de Pediatría [AEP], (2008).

Dichos principios promulgan lo siguiente:

La madre debe poder permanecer con su hijo internado las 24 horas del día, lo que supone que la UCIN no debe de tener horario de visitas para los padres. Se propone la facilitación de las visitas de otros familiares. También se debe promover la lactancia materna natural y en caso de que el bebé no pueda succionar, debe ser alimentado preferentemente por su madre o algún otro familiar con leche materna por sonda. Se hace referencia también a que el objetivo del personal de las unidades neonatales no debe ser únicamente el recién nacido sino que también se debe prestar atención a los padres, especialmente a lo que refiere a su salud mental. Otros principios refieren a que los procedimientos médicos y las terapias agresivas en el recién nacido deben reducirse al mínimo. El método madre canguro debe ser utilizado tanto como sea posible. A partir de estas y otras iniciativas, hace tiempo ya se vienen produciendo cambios hacia la humanización de la atención al recién nacido prematuro (Cuidando neonatos, 2015).

En su trabajo de grado, la enfermera Miriam Osuna Guerrero (2018) señala que humanizar la realidad asistencial del neonato significa brindar una atención integral al bebé y a su familia, que contemple no sólo los aspectos físicos, sino también psicológicos, culturales y sociales que se ponen en juego. Se humaniza la atención cuando se atiende a las personas desde su concepción holística, y se las considera como sujetos de derechos y responsabilidades, con capacidades propias, con libertad para elegir y tomar decisiones sobre su salud. En este sentido, cobra relevancia la perspectiva de derechos en la atención de salud a los RNP.

En 2010, UNICEF definió diez derechos esenciales del bebé prematuro de los cuales se destacan:

El Derecho N°3, el cual anuncia que el RNP tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, teniendo en cuenta sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado pensando en su futuro. *El Derecho N°4*, en el que se anuncia que los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia. *El Derecho N°7*, en el que se declara que un niño que fue RNP de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento. *El Derecho N°8*, que anuncia que la familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica. Por último, *el Derecho N°9*, el cual anuncia que el RNP tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo (LA PRENSA, 2016).

Se considera importante mencionar específicamente estos derechos, puesto que los mismos coinciden con algunos de los lineamientos de intervención que se destacan en el presente trabajo.

Continuando con los planteos de Osuna Guerrero (2018), las estrategias de intervención orientadas a la humanización en la atención neonatal, puede explicarse a partir de dos categorías: por un lado, los **Cuidados centrados en el desarrollo del prematuro** (CCD), y por el otro, la Atención o **Cuidado centrado en la familia** (CCF). Ambas categorías conforman el modelo de atención denominado **Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia** (CCDyF).

Este nuevo modelo de atención al RNP se propone favorecer tanto al bebé como a su familia, entendiendo que son una unidad inseparable. Reúne diversas prácticas (especialmente médicas y de enfermería) destinadas a promover un desarrollo neurológico y emocional sano en el prematuro, a disminuir su sufrimiento y aquellos estímulos estresantes. A su vez, se propone facilitar la interacción del neonato con sus padres en la UCIN, permitiéndoles participar en los cuidados.

En su revisión bibliográfica, Osuna Guerrero (2018) destaca que las intervenciones de los CCD se clasifican en dos grupos.

Por un lado, están aquellas intervenciones orientadas a actuar sobre el macroambiente, es decir, mejorarlo y hacerlo más adecuado a las necesidades del neonato. Estas consisten en controlar el ruido, la luz y la temperatura. Diversos estudios revisados por la autora han coincidido en que dichas estrategias mejoran el ritmo circadiano del bebé, aumentando los

períodos de sueño y facilitando su descanso; también disminuyen su estrés, aumenta la saturación de oxígeno y la ganancia de peso.

Por otro lado, están aquellas intervenciones que actúan sobre el microambiente, como lo son las prácticas de analgesia no farmacológica (sin suministro de medicamento) para prevenir o reducir el dolor del neonato ante los procedimientos médicos dolorosos, y la presencia de la familia durante los mismos. Entre estas estrategias se destacan la lactancia materna antes y durante el procedimiento doloroso, el sostén y la contención del bebé manteniéndolo en posición de flexión, el cuidado canguro y otras medidas de distracción del dolor como musicoterapia y los masajes terapéuticos (Osuna, 2018).

Otras intervenciones que se incluyen en los CCD son: la práctica del contacto piel a piel, el método madre canguro, la promoción y el apoyo de la lactancia materna.

Por último, están aquellas estrategias de cuidado centradas en la familia (CCF). Algunas de las principales son: la incorporación de los padres en el cuidado de su bebé durante la internación, la iniciativa a que las unidades neonatales les permitan el ingreso las 24 horas del día y la promoción de visitas de otros familiares del RNP (hermanos, abuelos, etc.).

En lo que refiere al macroambiente, este enfoque destaca la importancia de que la UCIN pueda mejorar su diseño, para transformarse en un espacio más acogedor y alegre que reproduzca aunque sea parcialmente un parecido al hogar de la familia. Además, es conveniente que cuente con suficiente espacio para que haya condiciones adecuadas para transitar cómodamente por el lugar, tanto para la familia como para el personal que trabaja ahí.

También es importante que haya un lugar destinado para los padres y demás familiares que van a visitar, donde puedan descansar o permanecer ahí cuando no están con el bebé. Algunas familias pueden tener dificultades para trasladarse desde su hogar al hospital, por lo que contar con una instalación dentro o cerca del centro de salud es fundamental para mantenerlos cerca del neonato. En Montevideo por ejemplo, se cuenta con el Hogar de Madres que se encuentra ubicado dentro del Hospital Pereira Rosell. Está destinado a madres de prematuros internados en dicho centro, que residen en otros departamentos del país o en barrios muy alejados del hospital y que tienen dificultades para trasladarse.

Continuando con las estrategias de los CCF, una de ellas consiste en promover una comunicación de calidad entre el personal de la salud y los padres, procurando que se comunique e informe con empatía, sensibilidad, de forma regular y siempre que la familia lo solicite. Cabe recordar que la familia tiene pleno derecho a la información sobre la salud del lactante a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

Por último, este enfoque plantea la necesidad de la continuidad asistencial y el seguimiento del prematuro luego del alta, reconociendo que es un derecho del mismo. De este modo, se propone seguir apoyando y sosteniendo a la familia en el momento de retornar al hogar con el bebé.

Cuando llega el momento del alta y los cuidados se transfieren al hogar, los padres pueden presentar una mezcla de sentimientos: estrés, ansiedad, miedo, inseguridad. Pueden incluso llegar a pensar que no están capacitados para asumir los cuidados en casa.

Entonces, es fundamental continuar atendiendo y promoviendo un desarrollo sano en el bebé prematuro ya instalado en su hogar, así como también seguir acompañando a la familia del lactante, atendiendo a sus demandas y necesidades en este momento tan complejo para ellos.

3.2 Aportes de la Psicología Perinatal:

El ejercicio profesional del psicólogo ha ido extendiéndose a distintos ámbitos, dando lugar a nuevas especializaciones dentro de la rama de la Psicología, siendo una de ellas la Psicología Perinatal. En el presente apartado, se considera pertinente mencionar sobre ella, puesto que abarca aquellas temáticas que son objeto de estudio en este trabajo, y a su vez, aporta diferentes líneas de intervención que pueden servir para orientar y enriquecer la formación en nuestra disciplina.

La Psicología Perinatal es un novedoso campo disciplinar de la Psicología que abarca diversos momentos referentes al proceso de nacer: embarazo, parto, nacimiento, puerperio de una madre y los primeros tiempos de vida del bebé (Oiberman y Santos, 2015).

Se sostiene en la idea de que el proceso de maternidad representa una crisis que afecta especialmente a la madre, pero que también atraviesa a todo el núcleo familiar. Por tanto, la intervención psicológica en este ámbito se orienta a atender al recién nacido, a sus padres y a los demás familiares que rodean a la tríada.

Tal como señala Meritxell Sánchez (2013), esta nueva disciplina se enfoca en la promoción de la salud mental materno-infantil, procurando aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida de la madre, la de su bebé y demás integrantes de su familia. Al mismo tiempo, se centra en la detección y prevención de trastornos mentales perinatales, y trastornos o dificultades en el vínculo que puedan aparecer.

Según Alicia Oiberman y María Soledad Santos (2015), para esta disciplina es importante y fundamental el establecimiento de un vínculo saludable entre la madre, el bebé y la familia. Por ello, a lo que se apunta principalmente a trabajar es el vínculo entre ellos.

La complejidad del fenómeno del que se ocupa esta disciplina, implica un abordaje interdisciplinario y una variedad de intervenciones psicológicas con adultos (embarazadas, puérperas, padres, familiares, equipo de salud, etc.) y con niños (bebés recién nacidos sanos, prematuros o con alguna patología). Tales intervenciones se llevan a cabo mediante modalidades grupales e individuales, donde el psicólogo trabaja junto a otros profesionales (obstetras, neonatólogos, pediatras, trabajadores sociales, enfermeros, etc.) (Oiberman y Santos, 2015).

Una perspectiva de trabajo interdisciplinaria, promueve una mirada y atención integral del proceso del nacimiento, que se aleja de la clásica perspectiva biologicista y destaca la importancia e influencia que tienen los factores psicológicos, emocionales, culturales y sociales que forman parte de este proceso. Por tanto, es preciso que los profesionales de la salud mental que se desempeñan en el ámbito perinatal sean flexibles en la teoría y práctica, puesto que se enfrentan a situaciones muy diversas y conforman un equipo interdisciplinario. Para el psicólogo, la flexibilidad también es una característica que tendrá el encuadre, dado que una de sus modalidades de trabajo consiste en acompañar la guardia de neonatología y obstetricia. Esto supone que el encuadre de trabajo en este ámbito difiere y se aleja del modelo tradicional de consultorio, ya que la consulta sucede dentro de un marco de “guardia”. El psicólogo perinatal no tiene un horario pautado de encuentro con el paciente y tampoco lo espera pasivamente en el consultorio, aquí es el profesional quien sale al encuentro del mismo (Oiberman y Santos, 2015).

Tal como señala Oiberman (2001), el psicólogo trabaja en el lugar donde el paciente se encuentre: al lado de la cama, frente a la incubadora, en los pasillos, en la sala de internación conjunta, en sala de parto, en la misma sala de parto o en el quirófano durante una cesárea.

3.3 El quehacer del psicólogo en el ámbito perinatal:

En el presente apartado, se mencionan algunas modalidades de intervención que el psicólogo puede ejercer desde su disciplina con el bebé prematuro y su familia. Se toman aportes de la Psicología Perinatal para delinear el rol que puede desempeñar en el campo de la maternidad y neonatología.

De acuerdo a los planteos de Sánchez (2013), el rol de un psicólogo perinatal está orientado a abordar los cambios emocionales y psicológicos que se producen durante el proceso de maternidad, con el objetivo de aumentar el bienestar y la salud de la mujer, el bebé y su familia. Acompaña a los padres en este camino para promover un embarazo y

nacimiento saludable, y facilitar el establecimiento de un vínculo temprano entre ellos y su bebé. A su vez, se propone orientarlos durante los primeros meses de vida del niño.

Podría agregarse también, que el psicólogo atiende aquellas dudas y dificultades que puedan surgir durante el proceso de nacimiento y en los primeros meses de vida del bebé. Cuando se refiere a las dificultades que pueden surgir, la autora menciona: la ansiedad y miedo durante el embarazo, el miedo al parto, los trastornos por estrés postraumático ante un parto muy difícil, la depresión postparto, duelo por la pérdida del bebé o del embarazo, un nacimiento prematuro, las dificultades con la lactancia, con la adaptación a la maternidad o la paternidad, dificultades en el desarrollo de un vínculo seguro con el bebé, y aquellas dificultades que puedan surgir en el desarrollo de la primera infancia.

Según Nieri (2012), otra de las funciones del psicólogo perinatal es ser mediador entre el equipo médico y los padres del bebé, así como con el resto de la familia. De este modo, promueve a que haya una comunicación continua entre todas las partes. A su vez, se encarga de traducir y transmitir el lenguaje técnico de los médicos; orienta en el modo de informar noticias angustiantes y difíciles para la familia o participa en dichos momentos como apoyo y sostén tanto para familiares como para el equipo médico. Para esto, es importante que conozca el lenguaje específico y los distintos roles de cada profesional que integra el equipo de trabajo.

Según Oiberman y Santos (2011), el psicólogo puede incorporarse a diferentes áreas de atención perinatal como: las guardias y salas de internación obstétrica; partos y cesáreas (de urgencia o programadas); salas de internación conjunta madre-hijo; unidades de cuidados intensivos neonatales y consultorios de psicología especializado en la primera infancia (consultorio pediátrico de niños sanos y consultorio de seguimiento de niños de alto riesgo).

El quehacer del Psicólogo en el ámbito perinatal es muy amplio y con muchas variantes, además, está determinado según el escenario en que el profesional se desempeña. A continuación, se presentan brevemente algunas de sus tareas según el espacio en el que actúa, profundizando especialmente sobre el lugar que tiene relevancia para el presente trabajo.

El Servicio de obstetricia:

El psicólogo perinatal puede acompañar la guardia obstétrica y ginecológica. Esta modalidad se realiza ante diferentes situaciones complejas que surgen generalmente a partir de la demanda del equipo médico, como pueden ser: embarazos de alto riesgo,

amenaza de parto prematuro u otras complicaciones que requiera la internación de la madre, etcétera. Otra modalidad puede ser la de trabajar con la madre el vínculo con su bebé desde la gestación. El psicólogo también puede intervenir durante el parto, el parto y ante cesáreas en el quirófano (Oiberman y Santos, 2015).

El Servicio de Neonatología:

Otro de los escenarios donde puede actuar el psicólogo lo constituyen los Servicios de Neonatología. Posteriormente al nacimiento del bebé, si este se encuentra sano permanece en el hospital junto a su madre y familia en lo que se denominan “salas de internación conjunta” hasta el momento del alta. Aquí el psicólogo perinatal acompaña al neonatólogo en su visita diaria por las salas, con el propósito de detectar alguna situación que requiera de una intervención psicológica, como puede ser la presencia de dificultades en el vínculo, en la lactancia, etcétera (Oiberman y Santos, 2015).

Romina Izzedin Bouquet de Durán (2011) reflexiona sobre el papel que cumple un psicólogo en Neonatología, señalando que su rol es “(...) acompañar y atender a la díada madre-hijo, a la familia del recién nacido hospitalizado y también, de ser necesario, brindar contención al equipo de salud (...)” (p.188).

A su vez, la autora sostiene que cuando el psicólogo atiende a la díada madre-bebé se propone facilitar el desarrollo de la relación entre ambos, optimizar y favorecer su interacción, promoviendo así el establecimiento de un vínculo afectivo saludable entre ellos. También ayuda a la madre a conocer y entender a su bebé, a disminuir sus ansiedades y temores, favoreciendo su rol materno y aumentando su autoestima. Es importante mencionar que el psicólogo también trabaja con los demás integrantes de la familia del recién nacido, especialmente con el padre.

Como ya hemos mencionado a lo largo de este trabajo, en el caso de que el bebé nazca prematuro o con alguna patología deberá ser ingresado a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). En estas situaciones, los psicólogos perinatales se acercan a los padres y los acompañan durante la internación, proporcionando intervención y asistencia psicológica cuando sea necesario (Oiberman y Santos, 2015).

Izzedin-Bouquet de Durán (2011) plantea que uno de los propósitos del psicólogo en el Servicio de Neonatología consiste en subsanar las posibles consecuencias que pueden surgir a raíz de la separación temprana entre los padres y su bebé.

Liliana Nieri (2012) publica un trabajo sobre los modos de intervención del psicólogo en estas circunstancias, donde señala que una de las funciones del mismo es ayudar a que los

padres acepten la realidad del bebé y que a su vez, puedan “conectarse con él”: tocándolo, tomándolo en brazos, interactuando con él dentro y fuera de la incubadora, etcétera.

La autora advierte que en muchos casos, la relación entre el bebé y sus padres no sucede rápidamente sino que resulta un proceso largo, en donde es necesario acompañar y sostener a la tríada. En este caso, la intervención del psicólogo se orienta a facilitar el desarrollo del vínculo entre los padres y su bebé. Al respecto, considera que el desafío para el psicólogo perinatal será el establecimiento del vínculo madre-padre-bebé en la incubadora.

Cuidar a un recién nacido ingresado a una UCIN resulta ser una experiencia estresante para los padres. Aquí, el desarrollo del rol parental se dificulta y los padres se ven obligados a asumir una postura menos activa en lo que refiere a los cuidados de su hijo, lo que puede afectar la percepción que tienen sobre sus competencias parentales.

En ocasiones, las madres manifiestan no sentirse incluidas ni capacitadas para cuidar de su bebé. En este sentido, para evitar estas situaciones y promover una competencia materna exitosa será necesario que el equipo de salud que trabaja en la UCIN facilite una adecuada interacción entre la madre y su bebé prematuro (Puig et al., 2018).

Puig et al. (2018) comprobaron por medio de su revisión bibliográfica que fomentar la lactancia materna, facilitar el método canguro y promover la participación de los padres en los cuidados de su hijo en la UCIN, son estrategias que favorecen la recuperación y construcción de los roles parentales, mejoran la salud mental, el autoestima y la satisfacción de los padres. A su vez, afirman que:

“(…) las intervenciones que mejoran los conocimientos y habilidades de las madres para el cuidado de su RN prematuro, son estrategias preventivas eficaces. Los programas que facilitan y promueven el contacto y la participación de las madres en la atención al prematuro también mejoran su bienestar psicológico”. (p.26)

Por su parte, Sofía Nicolai (2016) señala que el trabajo del psicólogo apunta a elaborar con los padres el duelo por el bebé fantaseado e imaginado para aceptar al bebé real, aliviar los sentimientos de culpa, frustración, angustia, y de impotencia ante la sensación de no poder cuidar a su hijo y tener que dejarlo en manos del equipo médico.

Nikodem (2003) citado por Nicolai (2016), señala que uno de los propósitos del accionar del psicólogo en la UCIN, está orientado a aliviar el sufrimiento de los padres y la familia del bebé, habilitando un espacio en el que los progenitores puedan poner en palabras cómo se sienten respecto a la situación que atraviesan. Es importante estar atento a las dificultades que puedan surgir en la interacción para intervenir.

El psicólogo también procura mantenerlos informados acerca de su bebé, orientarlos sobre los códigos de la UCIN y el personal de salud, facilitando la comunicación. Por último, en caso de que el bebé fallezca, la función del psicólogo es la de acompañar a los padres dándole la oportunidad de expresar sus sentimientos.

Isabel Cuéllar y Mercedes Valle (2017), describen algunas características que presenta un programa de Atención Psicológica en Neonatología en un hospital de Madrid. Al respecto, señalan que los principales objetivos del programa son: detectar las necesidades psicológicas de los padres, apoyar a las familias, optimizar el vínculo paterno-filial y asegurarse de que los padres hayan recuperado sus competencias para los cuidados tras el alta. Las autoras plantean que es necesario señalar y potenciar los recursos y las fortalezas de los progenitores, quienes ven truncados sus deseos y expectativas sobre el nacimiento y su bebé. A su vez, debe potenciarse la identificación con ese bebé, preguntando sobre la elección del nombre, los parecidos con los familiares, etc., favoreciendo así el “nacimiento psíquico” del hijo que no siempre coincide con el nacimiento físico. En ocasiones, también se busca el restablecimiento emocional, propiciando un espacio de comunicación y expresión de las emociones por parte de los padres, mediante la escucha activa, la disponibilidad y contención afectiva. También se procura estimular la movilización de los recursos personales de los progenitores (habilidades de autocuidado, estrategias de afrontamiento).

Cuéllar y Valle (2017), afirman que las intervenciones psicológicas tienen numerosos beneficios tanto para las familias como para el personal de Neonatología. Por un lado, favorecen la adaptación de los padres a la situación y al estrés que genera la misma, y puede prevenir la aparición de síntomas depresivos, de ansiedad y estrés postraumático. Asimismo, mejoran la sensibilidad de los padres y su capacidad para regular los estados del bebé. Por otro lado, las autoras destacan que las intervenciones psicológicas favorecen la adaptación al estrés y la capacidad del equipo de salud para contener y acompañar a las familias que atraviesan este momento difícil.

De acuerdo a los planteos de Olza, Palanca, González-Villalobos, Malalana y Contreras (2014), las intervenciones en Neonatología incluyen diversos aspectos, siendo uno de ellos la observación. Las autoras mencionan que es preciso observar y valorar las capacidades del bebé, conociendo sus habilidades propias y únicas. Luego, es necesario mostrarlas a los padres para que puedan ir conociéndolo y entendiendo mejor a su pequeño.

Según Olza et al. (2014), es preciso que el profesional de la salud mental (psicólogo, psiquiatra infantil) interactúe directamente con el bebé, posibilitando a que haya un acercamiento con el mismo que permita observar y valorar su expresión corporal, su estado de ánimo, la calidad de sus movimientos, su reacción a los estímulos sensoriales, etc. También, es importante observar al bebé durante las manipulaciones a las que es sometido por el personal médico o de enfermería, prestando especial atención a los grados de malestar del neonato, de modo que se pueda comunicar al equipo sobre las respuestas de este a lo largo de los procedimientos. Otro momento especialmente importante para la observación es la alimentación del bebé, así como los momentos del baño. Con la información que se obtiene, se pueden detectar signos de alerta en el lactante (llanto excesivo, irritabilidad, problemas en la alimentación o en el sueño, disociación) que deben ser tenidos en cuenta.

Olza et al. (2014) sostienen que otras modalidades de intervención están orientadas a explorar los pensamientos, sentimientos y representaciones que la madre tiene hacia su bebé. También es importante conocer su estado de ánimo y psicológico. En este sentido, la escucha es una herramienta fundamental para conocer su historia de vida, sus preocupaciones, miedos, etc.; de modo que se vaya comprendiendo cómo estos aspectos pueden afectar su salud mental, y su relación e interacción con el bebé. Tal como lo sostienen las autoras, se interviene favoreciendo la expresión de conflictos, de sentimientos, conteniendo, sosteniendo y permaneciendo disponibles emocionalmente para la madre, el padre y la familia. Cabe destacar que los profesionales de la salud a cargo de los cuidados del neonato prematuro en la UCIN también necesitan del apoyo y sostén del psicólogo, especialmente en los momentos que deben afrontar duelos.

Servicio de seguimiento:

Después que el bebé recibe el alta se realizan los controles pediátricos. Aquellos bebés prematuros o no, que son considerados de alto riesgo y que han estado internados en la UCIN, deben realizar sus controles en consultorios de seguimiento de alto riesgo.

En Uruguay, para el seguimiento de los recién nacidos se cuenta con el **Programa Aduana**.

Se trata de una estrategia orientada a garantizar la continuidad asistencial de la población infantil menor a tres años usuaria del prestador estatal de salud pública del País: ASSE.

Este programa está orientado al seguimiento del estado de salud de los recién nacidos con y sin características de riesgo, desde el momento en que reciben el alta hospitalaria (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], 2014).

En el caso del recién nacido de alto riesgo, durante su hospitalización en el Servicio de Neonatología y una vez que su estabilidad de salud lo permita, el equipo asistencial analizará las coordinaciones a realizar y las prestaciones requeridas previas al alta. Se elaborará un plan estratégico de continuidad de cuidados al alta teniendo en cuenta la clasificación de riesgos. Dentro de la población de riesgo se incluyen a los recién nacidos prematuros.

Desde la maternidad y próximo al alta, el RNP es ingresado al Sistema Informático como un nuevo usuario del Programa Aduana, y es contra-referenciado al Primer Nivel de Atención (PNA), donde se le asigna un equipo de seguimiento al servicio de salud más cercano al domicilio de la familia. En caso de que el niño no acuda a los controles de salud, se convoca a los familiares del mismo y se dispara el mecanismo de visita domiciliaria.

La conformación de los equipos depende de las necesidades de las poblaciones y algunas de ellas requieren intervenciones más complejas. En el caso de la población de alto riesgo se cuentan con dos equipos asistenciales, el equipo del PNA y el equipo especializado en Alto Riesgo que apoyará al primero en el seguimiento del recién nacido de riesgo y además, coordinará asistencia e interconsultas con policlínicas especializadas o programas especiales. Como por ejemplo, el Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR), que es un programa especializado e interdisciplinario dedicado al seguimiento de niños de 0 a 6 años usuarios de ASSE con factores de riesgo biológicos, especialmente en el neurodesarrollo.

Los programas de seguimiento de los prematuros tienen por finalidad prevenir y atender problemas de salud vinculados a la prematuridad, que pueden manifestarse a corto o a largo plazo, como las dificultades en el crecimiento, en el desarrollo, en el aprendizaje, en el movimiento, en la visión o en la audición.

En el manual de procedimientos del Programa Aduana que se ha consultado, se destaca que el equipo asistencial de dicho programa debe ser interdisciplinario y estar conformado por: personal de medicina, enfermería, pediatría, trabajo social y psicología.

Entonces, además de acompañar durante el proceso de embarazo, parto y posparto inmediato, el psicólogo también trabaja con el prematuro y su familia luego del alta hospitalaria. Ya sea ejerciendo desde el consultorio (de Atención Psicológica Perinatal y de la Primera Infancia), o formando parte de equipos interdisciplinarios de policlínicas o programas de seguimientos como los que se han mencionado anteriormente.

3.4 El Método Madre Canguro: una alternativa sencilla y de bajo costo para los recién nacidos prematuros

El siguiente apartado está dedicado a una estrategia de cuidado del recién nacido prematuro muy conocida y practicada en varios países del mundo: el Método Madre Canguro. Debido a los numerosos beneficios que tiene y por tratarse de una práctica que humaniza el cuidado de los prematuros en la UCIN, se considera de gran importancia mencionarla e incluirla en el presente trabajo.

El Método Madre Canguro (MMC), fue creado e implementado en 1978 por el Doctor Edgar Rey Sanabria, en el Instituto Materno Infantil de Colombia. Surge con el propósito de suplir la escasez de incubadoras, la insuficiencia de medios técnicos de la maternidad, y disminuir las infecciones intrahospitalarias (o nosocomiales) debidas al hacinamiento en los servicios (Valle y Amat, 2012).

En síntesis, el método consistía en colocar al recién nacido en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, alimentarlo con leche materna, adelantarle el alta y continuar con este tipo de cuidados en el domicilio (Valle y Amat, 2012).

Poco a poco, este método se fue difundiendo a otros países y comenzaron a surgir estudios que demuestran las numerosas ventajas que tiene. En sus orígenes, estaba destinado al cuidado de los recién nacidos prematuros (independiente del peso) y prematuros con bajo peso al nacer. En la actualidad, la intervención canguro es una alternativa dirigida también a recién nacidos sanos y a término. Es utilizado en diversos países desarrollados a modo de estimular y promover la lactancia materna, y el vínculo madre-hijo.

Nathalie Charpak (2006) sostiene que el principio básico del método consiste en “(...) reemplazar, tan pronto como sea posible, la incubadora por un recurso humano de calor y de alimentación” (p.67).

Pero el momento para iniciar la técnica depende del estado de salud del recién nacido. Si el bebé está saludable y no presenta alguna patología crítica, lo ideal es comenzar el contacto piel a piel lo antes posible. Una vez nacido y cumpliendo con un estado de salud adecuado, el bebé puede ser colocado inmediatamente en el pecho de la madre. Este contacto precoz piel a piel permite al recién nacido tener su primer contacto con una piel cálida y una voz ya conocida, que favorecen su relajación y disminuyen su estrés. Cuando se trata de un bebé muy delicado, que presenta algún retraso del crecimiento y riesgo de que aparezcan complicaciones médicas graves, se requieren cuidados especiales, por lo que el pequeño debe permanecer hospitalizado por algún tiempo en una incubadora. Independientemente

de los cuidados y tratamientos que necesite el recién nacido, es muy importante que tan pronto como sea posible pueda escuchar la voz de su madre y sentir sus manos mientras lo acaricia suavemente. Esto propicia el encuentro entre madre e hijo, donde ella aprende a conocerlo y él se reconforta con su presencia. En cuanto el bebé esté lo suficientemente estable para ser manipulado sin riesgo, se puede iniciar el contacto piel a piel (Charpak, 2006).

Respecto a la finalización del MMC, no hay un momento determinado para suspender la técnica. El bebé es quién sabe cuándo dicha posición ya no es útil. Pero la regla general según (Charpak, 2006) es "(...)dejar al bebé en posición canguro durante todo el tiempo que le sea necesario" (p.90).

La Posición Canguro:

La posición canguro consiste en colocar al bebé totalmente en posición vertical sobre el pecho de la madre, por debajo de su ropa y en contacto piel a piel, las 24 hs al día. Se deben prestar especial atención en dejar libres las vías respiratorias del pequeño. De este modo, la madre provee estabilidad térmica a su hijo.

La alimentación del bebé canguro se basa principalmente en la leche materna. Cuando se trata de un bebé muy prematuro, inicialmente la leche materna es suministrada por un tubo, después progresivamente por succión, a medida que el pequeño va madurando lo suficiente como para mamar (Charpak, 2006).

Es fundamental que la madre o el adulto que se vaya a hacer cargo del pequeño, se encuentre entrenado en la técnica y en las pautas de alimentación. En este sentido, el personal de salud a cargo cumple un papel clave para que la adaptación canguro se lleve a cabo con éxito, la cual puede durar horas o días según el caso.

Charpak (2006) señala que "La madre no debe sentirse sola frente a las dificultades que experimenta. El equipo médico tiene el deber de acompañarla en sus dudas (...)" (p.87).

Convertirse en Madre Canguro:

Según Charpak (2006), las madres reciben una orientación para llevar a cabo la técnica canguro correctamente, ya sea en la incubadora o en la sala de la unidad de neonatología. La preparación para la técnica canguro es supervisada por el personal médico -generalmente de enfermería- especializado en el MMC, el cual enseña a las madres a sostener y colocar a su hijo en posición canguro, extraer su leche manualmente y alimentar a éste adecuadamente. Según la autora mencionada, el entrenamiento se lleva a cabo en sesiones grupales, donde se reúnen varias madres que se encuentran aprendiendo la

técnica. Podría decirse que es un proceso de aprendizaje colectivo, en el que las madres más experimentadas pueden compartir sus conocimientos con las que recién llegan, que por lo general se encuentran muy ansiosas. El encuentro grupal promueve y favorece el intercambio entre las futuras madres canguros, quienes comparten también sus temores y dificultades más frecuentes. Esto contribuye a que las ansiedades de la madre vayan disminuyendo, al mismo tiempo que recupera confianza en sus capacidades para cuidar a su bebé.

Es preciso señalar que la participación del padre es muy importante también, especialmente cuando son dos o más bebés, o cuando por motivos de salud la madre no se encuentra disponible para hacerse cargo del bebé. Llevar a cabo el MMC resulta ser una tarea muy agotadora para una persona sola, por lo que la ayuda de otros cuidadores puede ser de gran ayuda. El padre y los familiares cercanos conforman la principal red de apoyo de la madre, por lo que su colaboración y participación en la recuperación del prematuro, ya sea implementando el MMC o propiciando un ambiente tranquilo para la diada, es muy importante y necesaria.

Por su parte, el psicólogo puede participar en el proceso de aprendizaje y adaptación de la técnica canguro. En la guía de los lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro de Colombia, se plantea el psicólogo apoya a las madres y a otros familiares en el proceso de adaptación de la práctica “canguro”, facilitando la expresión de temores y sentimientos que dificultan la interacción y el apego con el niño/a. A su vez, facilita y promueve el empoderamiento de la madre y la familia en el cuidado del bebé. Puede realizar talleres y actividades psicoeducativas con los padres canguro, con el objetivo de prepararlos para el momento del alta, orientando sobre los cuidados del prematuro y su integración en la dinámica de la familia. También puede manejar actividades educativas acerca del desarrollo, estimulación y pautas de crianza (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2017).

Los beneficios de Método Madre Canguro:

En una revisión de artículos que contemplan el contacto piel a piel, realizada por la Dra. Gene Anderson (citada por Charpak, 2006) y publicada en 1991, se constata que: la regulación de la temperatura del bebé a través del contacto piel a piel es igual a la obtenida en incubadora; el ritmo respiratorio del neonato es más regular en posición canguro que en incubadora (presenta menos episodios de apnea); su nivel de oxigenación en sangre no disminuye cuando se halla en posición canguro; su comportamiento mejora, se estabiliza

mejor estando en dicha posición (presenta un estado de vigilia más a menudo, menos llanto, etc.); y por último, la posición canguro favorece la lactancia materna.

A su vez, la Dra. Anderson refleja como conclusiones que: las madres que practican el contacto piel a piel se sienten más seguras de sí mismas, presentan menos ansiedad y tienen más confianza en su capacidad de dar de mamar a su hijo.

Continuando con los planteos de Charpak (2006), la autora sostiene que el MMC permite:

“(...) humanizar la neonatología acercando la madre a su hijo, favoreciendo que pueda cuidarle. De este modo el estrés disminuye, tanto el de la madre, preocupada, como el del bebé, frágil, ambos situados en un entorno a menudo poco acogedor como suelen ser las unidades de cuidados para recién nacidos. Visto así, el Método Canguro permite reparar la separación precoz necesaria en el tiempo de primeros cuidados” (p.48).

Con el MMC, los padres pasan a ser los actores principales en la unidad neonatal, dado que el método promueve su participación, contribuye a que aumente la confianza en sus competencias como padres, les ofrece recursos para cumplir su rol parental y llevar a cabo adecuadamente los cuidados de su hijo prematuro.

Por otro lado, la autora señala que también hay cambios positivos en el personal que trabaja con dicha técnica, afirmando que la misma “(...) humaniza el comportamiento del equipo encargado de la asistencia del bebé y modifica su actitud hacia las familias. La relación es la de un grupo cohesionado que comparte un único objetivo: lograr el bienestar del bebé(...)” (p.111).

REFLEXIONES FINALES:

La maternidad y paternidad, son crisis vitales y evolutivas que conllevan importantes cambios en la vida de la mujer y el hombre que van a ser padres. Durante los nueve meses de embarazo, éstos se preparan biológica y psicológicamente para la llegada de su hijo/a. Se considera sumamente importante que dispongan de todo el tiempo que dura normalmente la gestación, ya que los cambios psicológicos van surgiendo gradualmente y variando según los meses. Cuando el nacimiento ocurre antes de lo esperado, el proceso de anidación psicobiológica que los progenitores venían atravesando se ve interrumpido. Este proceso les permite a los padres crear un lugar físico y psíquico para el nuevo integrante de la familia que está por llegar, pero al no poder completarlo, éstos no se encuentran preparados aún para recibir a su bebé y enfrentarse a la nueva realidad de ser padres.

Por otro lado, el proceso de gestación psíquica de la madre se ve coartado por una inesperada realidad que irrumpe bruscamente en su psiquis, cuando aún perduran muchas representaciones maternas y predominan las imágenes positivas e idealizadas sobre el bebé. Ante el adelanto del nacimiento, la madre no ha tenido tiempo suficiente de renunciar y olvidar aquellas representaciones de idealización de su hijo, ni tampoco de hacer inconscientes aquellas que son negativas, como el temor a que nazca enfermo o a que no sobreviva. Todo esto puede afectar y disminuir su autoestima, surgiendo sentimientos de culpa por no haber podido retener a su hijo en el útero el tiempo necesario y sentirse responsable de que haya nacido inmaduro, delicado y frágil. Pueden presentarse sentimientos de inferioridad al sentirse incapaz de cuidar a un bebé prematuro, y sentimientos de incertidumbre al tener que afrontar la posibilidad de que ese hijo no sobreviva. La preocupación de una madre prematura se centra principalmente en mantener la vida de su hijo y a que este se desarrolle bien.

Como se ha visto anteriormente, el puerperio es un período de vulnerabilidad en la vida de la mujer donde pueden aparecer trastornos psicológicos como la depresión posparto o el estrés postraumático. La prevalencia de los mismos puede ser mayor en las madres prematuras. Por ello, se considera fundamental la atención psicológica en este momento de la vida de la mujer, especialmente si se trata de un nacimiento prematuro.

Este momento tan complejo que atraviesan los padres por el adelanto del nacimiento, se complejiza más aún por la internación del neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).

El nacimiento de un bebé prematuro que tiene que ser hospitalizado produce un elevado nivel de malestar en los progenitores y su entorno familiar. Resulta ser una experiencia impactante para los padres, quienes se encuentran vulnerables, y por ello se hace sumamente necesaria una red de apoyo que los sostenga y acompañe en este momento. La matriz de apoyo puede ser un factor protector para el desarrollo integral del niño/a y un soporte para los padres y la familia en el cuidado y la crianza del mismo.

La situación de prematuridad y hospitalización en la UCIN, también tiene repercusiones de diversa índole que pueden dificultar las primeras interacciones y retrasar el establecimiento de un vínculo afectivo seguro entre el bebé y sus padres. No se pretende con esto generalizar que en todos los casos de nacimientos prematuros el vínculo madre-padre-bebé prematuro vaya a presentar alteraciones siempre. Sin embargo, es preciso tener en cuenta los riesgos que la prematuridad y la hospitalización inmediata del neonato puede tener sobre los inicios de la relación paterno-filial, así como también sobre la salud mental de los progenitores y el desarrollo integral posterior del niño/a.

A partir de la bibliografía consultada, se ha constatado que la interacción temprana presenta ciertas particularidades debido a las condiciones en las que se desarrolla. La misma puede verse afectada por diversos factores, como las características del ambiente de la UCIN. Se ha visto que no son todas las unidades neonatales que permiten el acceso y la circulación libre de los padres para que puedan ver a su hijo el mayor tiempo posible. Sus condiciones edilicias (espacio reducido, ausencia de salas para visitas) también pueden dificultar a que haya un momento de intimidad con el bebé.

Las capacidades que presenta el prematuro para interactuar también pueden dificultar la relación con sus progenitores. El bebé prematuro invierte gran parte de su energía para reaccionar a los estímulos ambientales y estabilizar sus funciones fisiológicas, cuenta con poca energía para interactuar con sus padres. Además, es un bebé menos reactivo a los estímulos, poco expresivo (las vocalizaciones y los gestos son más escasos), difícilmente retroalimenta las conductas maternas, y presenta mayores dificultades para entrar en diálogo tónico con ella.

Otro punto relevante que se ha destacado tiene que ver con las delicadas condiciones de salud del neonato, que requieren ser atendidas por aparatología médica especializada, como la incubadora, catéteres, respiradores, etcétera. Muchas veces estos artefactos se interponen entre el bebé y sus padres, limitando o afectando el contacto entre ellos. Como se ha visto en este trabajo, la incubadora puede ser un obstáculo o simplemente un dispositivo médico más en la escena, el cual no dificulta el acercamiento de los padres ni tampoco interfiere en los modos de interacción que pueden ponerse en marcha (la mirada,

los gestos, las vocalizaciones, las caricias y masajes, las posturas corporales, etc.) En este sentido, se considera que el psicólogo tiene como rol facilitar el encuentro madre-padre-bebé incubadora y la comunicación entre ellos.

Las conductas interactivas de las madres y los padres de prematuros pueden ser diferentes de los de nacidos a término sanos. Un contacto limitado puede deberse a la inseguridad y temor que pueden tener los padres al momento de interactuar con un bebé de aspecto tan frágil y delicado, esto se intensifica más cuando los progenitores no comprenden aún el comportamiento de su hijo prematuro, y desconocen las precauciones para tratar con él y para llevar a cabo sus cuidados. Aprender a interactuar con un bebé prematuro no es tarea fácil, requiere de una gran sensibilidad y capacidad de adaptación por parte de los progenitores. Por ello, se consideran que aquellas intervenciones psicoeducativas que mejoran los conocimientos y habilidades de los padres respecto a su hijo prematuro son eficaces, ya que favorecen la recuperación y construcción de los roles parentales, aumentan su autoestima y bienestar psicológico.

Es importante tener en cuenta los factores que pueden interferir en la interacción temprana para comprender cómo éstos pueden afectar al bebé, a los padres, y la relación entre ellos. Desde ahí, trabajar para mejorar estos aspectos y posibilitar un encuentro más agradable entre el bebé prematuro y su familia, favoreciendo el inicio de un vínculo afectivo y seguro.

Se han visto a lo largo del trabajo los aportes de la Psicología Perinatal, que han posibilitado una aproximación al quehacer del psicólogo en el ámbito perinatal. Se ha visto que, el psicólogo se orienta a acompañar a los padres durante todo el proceso de internación del bebé, trabajando con ellos los cambios propios de la maternidad que atraviesan y los sentimientos que afloran por la situación de crisis que se presenta, proporcionando intervención y asistencia psicológica cuando es necesario. Desde allí, facilita a que los padres acepten la realidad y las condiciones del bebé real, favoreciendo la elaboración del duelo por el bebé imaginado. Trabaja con ellos los sentimientos negativos y los conflictos que se reactivan, operando desde una posición de escucha, disponibilidad, empatía y respeto, donde hacer emerger la palabra contribuye a facilitar la dimensión emocional de la maternidad. Facilitar la interacción temprana entre la tríada madre-padre-bebé prematuro en incubadora y promover el establecimiento de un vínculo afectivo saludable constituyen unos de los principales ejes de la intervención. El accionar del psicólogo también se dirige a detectar posibles factores de riesgo en el vínculo, en la salud mental de los padres y el bebé, a modo de prevenir trastornos psicológicos ligados a la maternidad, y promover mayor bienestar y salud mental a todos los involucrados, incluyendo el personal de salud con el que trabaja.

Por último, se ha destacado el Método Madre Canguro (MMC), como una propuesta para el cuidado del recién nacido prematuro que ha demostrado tener numerosos beneficios para el bebé y su familia. Es una práctica que humaniza la atención del neonato prematuro en el servicio de neonatología, fomentando la participación de los padres en el cuidado de su hijo. Esto mejora su autoestima, aumenta la seguridad y confianza en sus competencias parentales, disminuye su estrés y angustia. El MMC hace que la experiencia y tiempo de hospitalización en la UCIN sea más placentera para el bebé y los padres, y promueve un mejor desarrollo del vínculo en la díada madre-bebé prematuro.

Se considera importante la participación del psicólogo en el proceso de aprendizaje y adaptación de los padres a dicha técnica, ya que puede abordar con ellos aquellas emociones y sentimientos que interfieren en el establecimiento del vínculo con el bebé, y fomentar su participación en los cuidados de su hijo/a. A su vez, puede educar sobre las particularidades de los bebés prematuros, acerca de los cuidados, la crianza y el desarrollo, para potenciar la autonomía de los padres y prepararlos para el momento del alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Acosta, M. y Cabrera, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *Revista UNIMAR*, 34(1), 193-199. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/324877744_ARTICULO_PERCEPCION_D_E_PADRES_EN_LA_UCIN
- ASSE (2014). *Manual de Procedimientos del Programa Aduana*. Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/Manual-de-Procedimiento-de-Reperfilamiento-Programa-Aduana-7903>
- Asociación Española de Pediatría (2008). *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*. España, Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado de: https://books.google.com.uy/books?id=Ulxj72VZD0C&pg=PP1&lpg=PP1&dq=asociaci%C3%B3n+espa%C3%B1ola+de+pediatria+manual+lactancia&source=bl&ots=jrkZ4tjWs_&sig=ACfU3U2MGnXt5PMfgWRPmMcrPk2_sUTwTg&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi_ps6C367pAhXtILkGHaq2AREQ6AEwBXoECAoQAQ#v=onepage&q=asociaci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola%20de%20pediatria%20manual%20lactancia&f=false
- Borbonet, D. (2012). Ante un bebé prematuro hay que "hacer todo lo que se pueda hacer". *Canal 180* (entrevista realizada el 18 de agosto de 2012, por Joel Rosenberg y Ricardo Leiva). Recuperado de: https://www.180.com.uy/articulo/28218_Ante-un-bebe-prematuro-hay-que-hacer-todo-lo-que-se-pueda-hacer
- Borbonet, D. (2015). Revertir la fragilidad. *La diaria* (entrevista redactada el 17 de noviembre de 2015, por Amanda Muñoz). Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/11/revertir-la-fragilidad/>
- Cramer, B. (1978). Reacciones de la madre frente al nacimiento de un niño prematuro (pp. 146-155). En: M. Klaus & J. Kennell (1978). *La relación madre – hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Bs. As.: Editorial Médica Panamericana.
- Charpak, N. (2006). *Bebés Canguros. El método que humaniza el cuidado de los recién nacidos, mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés*. Barcelona: Gedisa.
- Choca, F. (2007). Vínculo en el bebé prematuro. *Revista APPIA*. 16, pp. 56-68. Recuperado de: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/appia/079737212007001605.pdf>

Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En: Alkolombre, P. (comp). Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia. Buenos Aires: Letra Viva.

Cuidando neonatos (15 de junio de 2015) *INICIATIVA: Humanización de los Cuidados Neonatales*. Recuperado de:
<http://cuidando-neonatos.blogspot.com/2015/06/iniciativa-humanizacion-de-los-cuidados.html>

Caruso, A. (2013). Nacimiento prematuro e internación en la UCIN: afrontamiento y estrés en padres. En: *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de psicología, Buenos Aires. Recuperado de:
<https://www.aacademica.org/000-054/898.pdf>

Cuéllar I. y Valle M. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Clínica Contemporánea*, 8, 1-12. Recuperado de:
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n3a17.pdf>

Defey, D. (s.f.). *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de Salud*. Montevideo, Uruguay: INAU, CAIF. Recuperado de:
<https://www.plancaif.org.uy/documentos/equipos-de-trabajo/item/30-el-trabajo-psicologico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud>

Defey, D. (1994) (comp.) *Aportes a su abordaje desde la Psicología Médica*. Serie Mujer y Maternidad. Tomo I. Montevideo: Roca Viva.

Galimberti, M. (s/f) Recién nacido prematuro internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés maternal y modelos de intervención. Publicación científica, (pp 2 -18). Recuperado de:
<http://centroippc.org/wp-content/uploads/2016/10/psicologiadeldesarrollo.pdf>

González Serrano, F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: La relación temprana y el apego. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, (48) , pp 61 – 80. Recuperado de:
<https://www.sepyrna.com/documentos/psiquiatria48.pdf>

Grandi, C. G. (2013). Adelantándose a la vida: Los recién nacidos prematuros y sus padres. *Aletheia*, (40), 7-13. Disponible en:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a02.pdf>

Kreisler, L. y Soulé, M. (1990). *Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, Lebovici, Diatkine y Soulé. Tomo V. (Cap. II “El niño prematuro”).

- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Perinatología y reproducción humana*, 25(3), 188-190. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip113i.pdf>
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. LOM ediciones: Santiago de Chile
- León B., Poudereux M., Giménez C., Belaústegui A. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre Medicina*, 16(2), 130-139. Recuperado en: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART7043/sistema.pdf>
- LA PRENSA (15 de Noviembre de 2016). *Unesco: 10 derechos esenciales del bebé prematuro*. Recuperado en: <http://www.laprensa.com.uy/index.php/locales/89560-unesco-10-derechos-esenciales-del-bebe-prematuro>
- Moraes, M., Pimienta, M., y Madera, N. (2009). Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 80(3), pp. 196-202.
- Mosso, M. (2016) *Programa de abordaje psicológico del recién nacido prematuro, su familia y el equipo de salud* (Tesis de grado). Universidad Empresarial Siglo 21, Córdoba, Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/10402>
- Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la Psicología Perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(1), 18-21. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91224234004.pdf>
- Nicolai, S. (2016). *El rol del psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal* (Tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/667>
- MINSALUD (2017). *Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer*. Recuperado de: <http://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2017/09/implementacion-programa-canguro.pdf>
- Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*, 1, 87-91. Recuperado de: <https://www.palermo.edu/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/Psico1/1%20PSICO%20007.pdf>
- Oiberman, A. & Santos, S. (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. En: *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de*

Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-052/378.pdf>

Oiberman, A. y Santos, S. (2015). *25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal*. Disponible en <https://es.scribd.com/document/375286434/25-Anos-Acompanando-El-Nacer-y-Sus-Despues-La-Psicologia-Perinatal>

Olza I., Palanca I., González-Villalobos I., Malalana A. y Contreras A. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (109), 45-51. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/291097038_La_salud_mental_del_recien_nacido_hospitalizado_psiquiatria_infantil_en_neonatologia_ARTICULO_CUADERNOS_DE_MEDICINA_PSICOSOMATICA_Y_PSIQUIATRIA_DE_ENLACE_REVISTA_Iberoamericana_de_Psicomatica

Osuna, M. & (2018). Estrategias de humanización en las unidades neonatales: revisión bibliográfica. *Biblioteca Lascasas*, 14. Recuperado de: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11609/e11609>

Pallás A. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo en las Unidades Neonatales. *An Pediatr Contin*, 12(2), 62-7. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-cuidados-centrados-el-desarrollo-unidades-S1696281814701702>

Palacios, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista De La Universidad Industrial De Santander. Salud*, 48(2), 164-176. Recuperado de: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5503/5713>

Puig S., Obregón N., Calle del Fresno S., Escalé M., Cantó L. y Goberna J. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 19(1): 21-27. Recuperado de: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision_Ansiedad-1.pdf

Rellan Rodríguez S., García de Ribera C. y Aragón García M. (2008). El recién nacido prematuro. *Asociación Española de Pediatría*, 68-77. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

Díaz-Rossello, J., Blasina, F., Correas P. (2018). La violencia invisible. El recién nacido en espera de una familia que lo críe. En *Arch Pediatr Urug* 89(3), 206-209. Recuperado de: <https://www.sup.org.uy/archivos-de-pediatria/adp89-3/web/pdf/adp.2018.89.3.a09.pdf>

- Stern, D. (1997). *La constelación maternal, un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Santos, M. (2008). Construcción de una Escala de observación del vínculo madre-bebé internado en la UCIN: Resultados Preliminares de la aplicación del protocolo de observación. *Anu. investig.*, 15, 207-217. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/57445/CONICET_Digital_Nro.7d962b7e-9848-46e2-8769-ef58f0094185_B.pdf.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Schlemenson, S. (2011). El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano. En: Schlemenson, S. Pererira, M. Di Scala, M. Meza, A. Cavalleris, S. (comp). *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. Buenos Aires: Noveduc.
- Sánchez, M. (2013). La Psicología Perinatal aborda los cambios emocionales de la maternidad. *Revista Bebé y más* (Entrevista realizada el 23 de agosto de 2013, por Mireia Long). Recuperado de: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/la-psicologia-perinatal-aborda-los-cambios-emocionales-de-la-maternidad-entrevista-a-meritxel-sanchez-psicologa>
- UNICEF (2018). *Derechos de los recién nacidos prematuros: Derecho 3. El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF, Argentina. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/media/3911/file/SALUD-Prematuros_GuiaDerecho3_web.pdf
- Valle, E. y Amat, M^a Isabel (2012). Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *DESENVOLUPA: la Revista de Atención Precoz*, (33), 1-11. Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/esl/Numeros/Numero-33-05-2012/Metodo-canguro-y-lactancia-materna-en-una-UCI-neonatal-E.-Valle-Ma-I.-Amat>
- Villamizar B., Vargas C., Rueda E. (2014). Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. *Revista CUIDARTE*, 5(2), 782-791. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181010>
- Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.