



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### TRABAJO FINAL DE GRADO

#### TÍTULO:

*Vínculo Temprano y Prematurez:  
particularidades de la interacción temprana  
madre – bebé prematuro*

Estudiante: Lucía Natalia Quinteros Batista

C.I.: 4.839.878-2

Tutora: Prof. Adj. Verónica Cambón Mihalfi

Montevideo, 15 de Febrero del 2016

## RESUMEN

El Trabajo Final de Grado que se presenta a continuación se enmarca en una modalidad de elaboración específica, que surge a partir del Programa de Practicantes de Psicología en Servicios de Salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El mismo tiene como objetivo utilizar la experiencia práctica adquirida y realizar una articulación incorporando teoría, profundizando y enriqueciendo el proceso de aprendizaje.

Para su desarrollo se ha seleccionado una línea de intervención ligada a la asistencia y prevención psicológica con la díada madre-bebé prematuro, a partir de la que cual se busca identificar los aspectos más relevantes de la interacción temprana y el vínculo de apego en estas circunstancias.

El objetivo es abordar las particularidades que presenta el vínculo temprano cuando el bebé nace prematuro. Para ello se parte de las características del mismo cuando el bebé nace a término y saludable, lo que permitirá visualizar el impacto que genera la prematurez.

Es preciso destacar que la prematurez se considera un factor de riesgo para el vínculo madre-bebé, no implicando necesariamente una falta, pero si aumentando las posibilidades de un vínculo inseguro. Por este motivo es relevante atender el impacto psíquico que genera en ambos la interrupción del proceso de gestación.

Para finalizar, se plantean líneas importantes que se deben tener en cuenta a la hora de intervenir ante estas situaciones. Se enfatiza la necesidad que la díada cuente con el acompañamiento de profesionales de salud mental durante el tiempo de internación del bebé.

**Palabras clave:** interacción temprana, vínculo de apego, prematurez.

## ÍNDICE

Resumen.....	Página 1
Índice.....	Página 2
1.0 Introducción: contextualización de la práctica en el marco del convenio y del centro de salud.....	Página 4
2.0 Principales preguntas que guían el trabajo.....	Página 6
3.0 Sección descriptiva: líneas de intervención seleccionadas para ser objeto de análisis.....	Página 6
4.0 Análisis de la experiencia incorporando teoría: .....	Página 8
4.1 <u>Embarazo: los procesos psicológicos que se ponen en juego en la mujer durante la gestación:</u> .....	Página 8
4.1.1 Proceso de gestación psíquica.....	Página 8
4.1.2 Mecanismos de defensa durante el embarazo.....	Página 9
4.1.3 Maternidad y ambivalencia.....	Página 10
4.2 <u>El nacimiento:</u> .....	Página 10
4.2.1 La maternidad como crisis evolutiva.....	Página 10
4.2.2 El encuentro con el recién nacido: bebé real y bebé fantaseado.....	Página 12
4.3 <u>Vínculo temprano desde diferentes referentes teóricos:</u> .....	Página 13
4.3.1 Los aportes de Winnicott.....	Página 13
4.3.2 Bowlby y la Teoría del Apego.....	Página 14
4.3.3 Aportes del medio uruguayo.....	Página 16
4.4 <u>Aspectos básicos para comprender la prematuridad:</u> .....	Página 18
4.4.1 ¿Cuándo se habla de un bebé prematuro?.....	Página 18
4.5 <u>Articulación con situaciones clínicas:</u> .....	Página 19
4.5.1 Prematuridad y procesos psicológicos en la madre:.....	Página 19
4.5.1.1 El impacto psíquico en la madre.....	Página 19
4.5.1.2 El proceso de gestación psíquica.....	Página 21
4.5.1.3 La "preocupación maternal primaria" y el nacimiento prematuro.....	Página 22
4.5.1.4 La herida narcisista y el sentimiento de culpa.....	Página 22
4.5.2 Interacción temprana durante la internación:.....	Página 24

4.5.2.1 La internación del bebé.....	Página 24
4.5.2.2 La separación y el riesgo de un duelo anticipado.....	Página 25
4.5.2.3 El primer encuentro entre la madre y el bebé prematuro.....	Página 27
4.5.2.4 El bebé fantaseado y el bebé real en casos de prematurez.....	Página 28
4.5.2.5 Particularidades de la interacción madre- bebé prematuro y sus diferencias cuando el bebé nace a término.....	Página 29
4.6 <u>Vínculo de apego y prematurez</u> .....	Página 32
4.7 <u>Intervenciones psicológicas con la díada madre-bebé prematuro durante la internación</u> .....	Página 33
<b>5.0 Conclusiones</b> .....	Página 35
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	Página 38

## **1.0 INTRODUCCIÓN: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA EN EL MARCO DEL CONVENIO Y DEL SERVICIO DE SALUD**

La experiencia práctica a partir de la cual se desarrolla este Trabajo Final de Grado se enmarca en el Programa de Practicantes de Psicología en Servicios de Salud de ASSE.

Dicho Programa se apoya en un convenio entre la ASSE y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Su implementación comienza en el año 2010 viéndose propiciada por las circunstancias socio históricas del momento, principalmente por los cambios en el paradigma de salud-enfermedad y de los modelos de atención. Para la concreción de dicho convenio fue fundamental la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y del Plan Nacional de Salud Mental.

El SNIS trae consigo grandes modificaciones en el modelo de acción, al tomar una concepción diferente de lo que es salud y enfermedad. Sus líneas rectoras se basan en una idea de salud integral, en la cual no se toma a la misma como una condición que el sujeto mantiene o pierde y vinculada únicamente a lo biológico. Se apunta a una idea de “proceso salud-enfermedad”, en el que no puede dissociarse lo físico de lo mental y en que las condiciones de vida y lo cultural tienen un papel central.

A partir de dichas transformaciones se comenzó a otorgar otro espacio a la salud mental, enmarcada como prestación de salud universal.

De esta manera se posibilita la coordinación interinstitucional ASSE-Facultad de Psicología y comienza la incorporación de estudiantes avanzados de Psicología en diferentes centros de salud. Esto permite completar el proceso de formación en una experiencia sumamente enriquecedora, y con una preparación acorde a las demandas actuales de la sociedad y al nuevo modelo de atención.

En lo que refiere a mi trayecto formativo como practicante de Psicología, el mismo se desarrolló en el Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi” del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Se trata de un centro de segundo y tercer nivel de atención en salud, de referencia nacional. La población objetivo son pacientes de sexo femenino, en etapas evolutivas que van desde la adolescencia a la adultez mayor, y que se atienden en el área de maternidad y ginecología (que presentan patologías ginecológicas o transitan el proceso de gestación y puerperio).

La inserción del o la practicante se da en Equipo de Salud Mental (ESM) del Hospital mencionado, el cual está conformado por diferentes técnicos (Psicólogos, Psiquiatras, Aux.

de Enfermería). Asimismo, se trabaja desde la interdisciplina con profesionales de otras áreas (médicos de diferentes especialidades-principalmente ginecología, pediatría y neonatología- trabajadores sociales, parteras, entre otros) apuntando a un abordaje integral de cada situación.

El trabajo se desarrolla con la población objetivo antes mencionada, en salas de maternidad y de ginecología cuando las pacientes se encuentran en situación de internación. También se trabaja en dispositivos grupales (grupo de Hogar de Madres y el "Grupo T" para mujeres con uso problemático de sustancias) y en policlínica de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), siendo estos espacios privilegiados de inserción para practicantes.

De acuerdo a las características específicas del centro hospitalario, se trabaja desde un abordaje focal, centrado en la situación actual de "crisis" (Fiorini, 1994). Esto se debe a que, en general, el tiempo con el que se cuenta para intervenir es muy acotado, por ejemplo, por la brevedad de la internación.

A partir de la experiencia formativa del practicantado es que surge el interés por conocer y profundizar en la temática de apego e interacción temprana. Especialmente tiene relación con la práctica sostenida en el marco del grupo de Hogar de Madres de la Fundación "Álvarez Caldeyro Barcia".

En el trayecto se toma contacto con el impacto de la prematurez y la necesidad de abordar las repercusiones que genera a nivel psicológico, en la construcción del vínculo temprano madre-recién nacido.

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe agregar que el nacimiento prematuro es una problemática de relevancia en el país dado los porcentajes registrados en los últimos años. De acuerdo al informe de la "Fundación Álvarez Caldeyro Barcia" (2011), en el Hospital de la Mujer se registra por año un alto número de partos prematuros, alcanzando en el año 2011 un 12,1% de partos sobre el total de registrados. Al tratarse de un Centro de referencia nacional, estas cifras son un reflejo del alto porcentaje que se da a nivel del país, estimándose durante ese año entre un 10% y un 12% de nacimientos prematuros. Si bien en los últimos años han disminuido llegando en el 2014 a un 10,2% en este centro, aún son considerables las cifras. En el país se registran por año aproximadamente 4500 nacimientos prematuros.

Si bien se trata de una temática (vínculo temprano y prematurez) con vasto desarrollo teórico, se considera relevante continuar profundizándola y produciendo conocimientos que permitan arrojar luz sobre las estrategias de intervención (psicológicas) más pertinentes. Esto se considera necesario teniendo en cuenta el gran impacto que puede generar en el

desarrollo posterior del niño, así como los porcentajes considerables de nacimientos prematuros que se presentan a nivel nacional.

## **2.0 PRINCIPALES PREGUNTAS QUE GUÍAN EL TRABAJO**

A continuación se plantean las principales interrogantes que guiarán el desarrollo de este trabajo:

- Qué particularidades tiene la interacción temprana en la díada madre-bebé prematuro?
- ¿En qué se diferencia la interacción madre-bebé prematuro de la que se desarrolla entre madre-bebé nacido a término?
- ¿Qué repercusiones puede generar a nivel psíquico en la madre que el embarazo no llegue a término?
- ¿Cuáles son los impactos de la internación del bebé en el desarrollo de la interacción temprana?
- ¿Qué repercusiones puede tener el nacimiento prematuro en el vínculo de apego?
- Qué intervenciones psicológicas son oportunas realizar con la díada durante la internación del neonato?

## **3.0 SECCIÓN DESCRIPTIVA: LÍNEAS DE INTERVENCIÓN SELECCIONADAS PARA SER OBJETO DE ANÁLISIS**

Para el desarrollo del presente trabajo final de grado se ha seleccionado como línea de intervención a profundizar la realizada en el “Hogar de Madres” de la fundación “Álvarez Caldeyro Barcia” del Hospital de la Mujer.

Se trata de intervenciones psicológicas en un dispositivo de grupo terapéutico, en el que se trabaja con madres que tienen a su hijo recién nacido internado en alguno de los sectores especializados por causa del nacimiento prematuro (también se trabaja con madres que tiene a su bebé internado por otras causas).

Si bien las intervenciones desde el ESM con díadas madre-bebé prematuro se realizan tanto en casos en que la madre continúa internada en salas de maternidad, como en el Hogar de Madres, el presente trabajo se centrará en el abordaje de las situaciones vinculadas al trabajo con el dispositivo grupal.

En el mismo se aloja a mujeres que viven en el interior del país o en barrios de Montevideo alejados de la zona en que se encuentra el Hospital. Para que una mujer ingrese al Hogar debe presentar cierto perfil que se vincula con aspectos de convivencia. Una de las cosas que se tienen en cuenta es si se presentan patologías con alteraciones conductuales.

La posibilidad de estadía en el mismo posibilita la cercanía a su hijo que se encuentra internado, permaneciendo en la institución y propiciando el contacto cercano entre la madre y el bebé prematuro.

En relación a las intervenciones dentro del Hogar se desarrollan dos tipos. Por un lado, desde el grupo terapéutico que funciona desde hace seis años y es coordinado por una Lic. en Psicología y por un Aux. de Enfermería que forman parte del ESM y, desde el equipo técnico del Hogar, por una Médica Neonatóloga, y una educadora.

El grupo tiene una frecuencia semanal con una duración de una hora, siendo de carácter voluntario la participación en el mismo.

El objetivo del grupo es abordar la problemática que transversaliza a todas las madres, vinculada a situación de internación de su hijo por diferentes causas, si bien en este trabajo el foco estará puesto en las situaciones de prematurez. Más allá de las particularidades de cada una de estas mujeres, se busca potenciar los aspectos en común con el fin de intervenir adecuadamente de acuerdo a los requerimientos de la situación; brindando un acompañamiento que potencie el apoyo mutuo entre ellas, ya que el mismo tiene un importante efecto terapéutico. De esta manera se intenta amortiguar el impacto que la internación del bebé tiene en la díada y en todo el núcleo familiar.

También se abordan aspectos vinculados a la prevención desde salud mental, trabajando con las madres las diferentes etapas por las que se atraviesa ante estas situaciones, así como también explicando aspectos vinculados a las características del bebé, a los que favorecen la interacción entre ambos, entre otros.

Por otra parte, desde el ESM también se brinda acompañamiento individual a las madres cuando la situación así lo requiere. Estas intervenciones son solicitadas a partir del grupo o por las educadoras encargadas del hogar. Tanto Psicólogos como Psiquiatras realizan intervenciones cuando se presentan situaciones de riesgo, trabajando con la díada madre – bebé prematuro.



La intervención en ambos casos contiene aspectos de psicoprofilaxis, apuntando hacia la prevención en salud mental de la madre, lo que a su vez repercute en el vínculo con su bebé. Esto tiene como objetivo brindar una atención integral a la díada.

Es importante destacar, no siendo el objetivo del presente, que en algunas situaciones, se debe trabajar en la posible muerte de ese recién nacido, que también involucra al conjunto de madres del Hogar.

Por las características del centro hospitalario, el tipo de intervenciones que se realizan son focalizadas, siendo en algunos casos breves y en otros más prolongadas, dependiendo del tiempo de internación del neonato.

Por último es necesario aclarar que, si bien muchas veces las intervenciones involucraban a otros integrantes de la familia, en este trabajo el foco estará específicamente en abordar el vínculo entre la madre y el recién nacido prematuro.

#### **4.0 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA INCORPORANDO TEORÍA**

##### **4.1 EMBARAZO: LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS QUE SE PONEN EN JUEGO EN LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN**

###### **4.1.1 Proceso de gestación psíquica**

En una mujer que se encuentra cursando un embarazo se ponen en marcha importantes procesos para que pueda “alojar” a ese nuevo ser. Para ello es necesaria una preparación a nivel físico que es observable en los cambios corporales, así como a nivel psicológico ligada al “proceso de gestación psíquica” (Defey, 1994, p.109).

No sólo es necesario que la mujer aloje a su bebé en su vientre, sino que es sumamente importante ir generando un espacio en su psiquis para él.

A medida que el embarazo avanza se va modificando la forma en que la madre vivencia e imagina a su hijo. En una primera etapa de la gestación lo concibe por lo general como una parte de su propio cuerpo, como si fuera un órgano más. En este momento la mujer no se ha formado una imagen muy clara y se alternan ideas del embrión como un conglomerado de células con ideas del mismo como un ser ya formado (Defey, 1994).

Cuando la madre comienza a percibir los movimientos fetales, se dan modificaciones en estas representaciones. Los mismos son significativos ya que, a partir de que se registran, de manera progresiva comienza a percibir al feto como un ser diferente de sí misma. No obstante, continúa alternando representaciones de su hijo aún como una extensión de su cuerpo incluso después del nacimiento. Esta alternancia es necesaria ya que la percepción del bebé como parte de sí misma va a favorecer que pueda captar, comprender y satisfacer sus necesidades. Por otra parte, el concebirlo como un otro diferente va a habilitar progresivamente la diferenciación entre ambos, y por ende el proceso de individuación del bebé. (Defey, 1994)

#### 4.1.2 Mecanismos de defensa durante el embarazo

Es importante señalar que durante la gestación se ponen en marcha ciertos mecanismos de defensa que protegen a la mujer de las tensiones propias de este proceso.

Aparecen principalmente la **idealización, la negación y la regresión**. Tanto la idealización como la negación permiten a la mujer sobrellevar aspectos desagradables del embarazo como el temor ante posibles riesgos, los malestares físicos, la pérdida de su independencia ante complicaciones e indicación de reposo, entre otros (Defey, 1994).

Por otra parte, la regresión le permitirá ponerse en el lugar de su bebé. En relación con esto Díaz Rossello plantea la “**regresión de enlace**” (1991), que acompaña a la retracción del entorno, y que le va a permitir identificarse con su bebé y satisfacer sus necesidades. La “regresión de enlace” (Díaz Rossello, 1991) se relaciona con una regresión en las conductas en la mujer (desde el embarazo y que se mantiene un tiempo después del nacimiento de su hijo) crucial para que se dé una forma de comunicación especial con el bebé a través de“(…) la reactivación de canales paraverbales de comunicación” (Díaz Rossello, 1991, p.53).

Ante situaciones de riesgo, estos mecanismos pueden verse intensificados. Si bien son sumamente necesarios durante el embarazo, pueden generar algunos obstáculos. Un ejemplo puede ser la negación excesiva, la cual puede llevar a la madre a no cumplir con indicaciones médicas frente a riesgos del embarazo.

### **4.1.3 Maternidad y ambivalencia**

A nivel de procesos psicológicos la maternidad se caracteriza también por importantes sentimientos de ambivalencia, tanto durante gestación como en el puerperio. Esto se debe a que, por un lado, se está frente a un hijo al que se quiere y se desea (teniendo en cuenta las diferencias que la situación de cada mujer presenta), pero que también genera importantes sentimientos de temor y muchas veces hostiles hacia el embarazo o recién nacido, viéndose reforzado por la fuerte idealización social de la maternidad.

Estos sentimientos contradictorios se pueden generar por múltiples causas. Durante el embarazo es esperable que aparezca en la mujer temor a que se presente alguna complicación con su hijo y que pueda nacer con dificultades, que la prepararán si esto sucede. También puede relacionarse a la pérdida de la autonomía, tanto en el embarazo si debe hacer reposo, como en el puerperio cuando debe cuidar a su bebé. Estos sentimientos de temor se presentan en conjunto con los sentimientos de amor.

Lo importante es señalar que se presenta en todas las mujeres que están transitando el período de gestación o el puerperio, siendo incluso universal y deseable (Defey, 1994). Asimismo beneficia el desarrollo del niño ya que para el mismo no sólo es necesario afecto y completa dedicación de la madre, sino también momentos de ausencia que lo habiliten a crear el recuerdo y desear su presencia, así como a buscar afecto en otras personas y ampliar sus vínculos.

## **4.2 EL NACIMIENTO**

### **4.2.1 La maternidad como crisis evolutiva**

A partir de la revisión bibliográfica se puede ver que los diversos autores plantean el nacimiento de un hijo como un acontecimiento que trae consigo importantes y profundos cambios en la mujer.

Ya desde el embarazo estos cambios se van desarrollando de manera progresiva. Pero con el nacimiento se dan transformaciones de manera más abrupta, implicando una conmoción tal a nivel psíquico que algunos autores plantean este momento como de crisis evolutiva (Defey, 1994).

En cuestión de unas horas se dan una serie de acontecimientos que traen consigo transformaciones a nivel psíquico y corporal. El trabajo de parto y el parto generan en la mujer un conjunto de vivencias sumamente intensas en las que se entrecruzan múltiples percepciones, pensamientos, fantasías, estímulos internos y externos, que generan confusión (Defey, 1994).

Se trata de una vivencia que la enfrenta a la incertidumbre de lo desconocido, en poco tiempo se va a encontrar con su hijo, que si bien lo ha sentido e incluso visto a través de las ecografías se trata de un desconocido.

Se presentan en la mujer una gama de sentimientos, muchas veces confusos para ella. Por momentos se siente una mujer y madre en este momento en que se está produciendo el nacimiento de su hijo, preocupándose por el bienestar del mismo. En otros, se siente como una niña no sólo por la regresión como uno de los mecanismos principales que se ponen en juego, sino por la sensación de indefensión y vulnerabilidad en la que se le indican que debe hacer.

Después del nacimiento de su hijo atraviesa cambios psíquicos significativos que se acompañan de los físicos, como modificaciones a nivel del esquema corporal. Los cambios que sufre en su cuerpo generan un duelo por el cuerpo del embarazo y que de forma abrupta cambia, siendo incluso vivenciado como desagradable.

El nacimiento no solo implica esta pérdida, sino también del lugar social de hija a madre (en el caso de que sea el primer hijo) con una serie de transformaciones en la identidad de la mujer. De esta forma el vínculo con sus propios padres se modifica y reevalúa, surgiendo cierta rivalidad al inicio y una posterior identificación con los mismos.

Otro duelo por el que atraviesa la mujer en esta etapa es por el hijo imaginado durante el embarazo, enfrentándose a un bebé real muy diferente.

Por todos estos cambios es que Cramer y Palacio – Espasa (citados por Defey, 1994) hablan de un “duelo evolutivo”.

Las características que tenga este momento (el nacimiento) va a ser muy significativo en la forma en que se desarrollará la interacción entre la madre y el neonato, así como en el establecimiento a largo plazo del vínculo de apego.

#### **4.2.2 El encuentro con el recién nacido: bebé real y bebé fantaseado**

A toda esta serie de acontecimientos que se dan con el nacimiento de un hijo se suma algo tan importante como es el primer encuentro con él.

Luego del nacimiento del bebé la madre se enfrentan con un conocido desconocido, “en el espacio de unos instantes los padres deben casarse (y para toda la vida) con un desconocido” (Cramer, 1990, p.11). El bebé real no es el mismo que ella se imaginaba y con el que fantaseó durante el proceso de gestación, al que le fue atribuyendo características propias y de integrantes de la familia. “El bebé real jamás se corresponderá con el bebé imaginario” (Cramer, 1990, p. 119).

Lo desconocido genera gran incertidumbre y angustia, motivo por el cual la madre trata de llenar el vacío y reducir esa distancia (entre el bebé real y el fantaseado) con la atribución de ciertas características, haciendo al bebé real más familiar. Dichas características se vinculan a aspectos propios de los padres que proyectan en el bebé, así como a sus ideales y conflictos de su historia

A medida que el niño va creciendo irá cumpliendo en mayor o menor medida con esas atribuciones e ideales que sus padres han proyectado en él, lo que deja constancia de que el bebé también aporta su parte al vínculo y genera influencia sobre sus padres.

Estas atribuciones juegan un papel muy importante en el vínculo temprano con el recién nacido y posteriormente con el niño. A partir del significado que la madre le otorga a sus acciones, ligadas en gran medida a su historia personal, la relación tendrá sus particularidades.

Pero el nacimiento de un hijo no implica para la mujer únicamente duelos y sentimientos negativos; el hecho de que su bebé nazca les genera también gran alegría e incluso éxtasis, que se pone de manifiesto en el puerperio inmediato. Aparecen en ella incluso sentimientos de omnipotencia por crear vida, así como sensación de dominio por la total dependencia del neonato (Defey, 1994).

## 4.3 VÍNCULO TEMPRANO DESDE DIFERENTES REFERENTES TEÓRICOS

### 4.3.1 Los aportes de Winnicott

Winnicott ha sido uno de los psicoanalistas que ha dedicado gran espacio en sus teorizaciones a la relación temprana entre la madre y el bebé, remarcando la importancia que tiene la misma en el desarrollo del sujeto.

De acuerdo a sus planteos todas las alteraciones que se dan en el vínculo madre-bebé (con quien tiene un vínculo de total dependencia) generan repercusiones en el desarrollo posterior del niño. Esto se debe a que es el momento en el que se asientan las bases para que el individuo sea capaz o no de “relacionarse creativamente con el mundo, y de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle...” (Winnicott, 1989, p. 43).

Sus aportes teóricos sobre la temática se basan fundamentalmente en estudiar la unidad que conforma el recién nacido y su madre, así como la preocupación que los envuelve y que aparece ya desde el embarazo, indispensable para el desarrollo adecuado del nuevo ser.

Lo mencionado anteriormente se relaciona con la existencia de un período al que Winnicott denomina "preocupación maternal primaria" (1956, p. 497) en el que la mujer ingresa unas semanas antes del final del embarazo y que dura unas semanas después del nacimiento del bebé. Se trata de una condición psicológica en la cual la madre presenta una sensibilidad aumentada que le permite identificarse con el bebé y captar sus necesidades. En dicha identificación se ponen en juego huellas de la infancia más temprana de la madre, que si bien no la recuerda conscientemente en este momento aportan su influencia en la capacidad de empatizar con el bebé.

La capacidad de la madre para identificarse con su bebé va a ser de vital importancia para que pueda brindarle un **sostén** adecuado.

En relación a este punto Winnicott no hace referencia únicamente a las necesidades básicas del neonato como el hambre o el sueño. Es necesario que la madre pueda brindarle además el sostén afectivo “ **Holding**” (Winnicott, 1967, p.33) adecuado. Este no se reduce al contacto físico que ella establece con su bebé cuando lo toma en brazos, sino que se relaciona con la forma en que lo hace, por ejemplo si se da cuenta cuándo el bebé necesita ser tomado en brazos, acariciado, cambiar su posición, e incluye toda la envoltura afectiva que es necesaria para la interacción.

Es a partir de este aspecto (sostén), y de su continuidad en el tiempo, que el pequeño logra gradualmente la capacidad para sentirse real, y que podrá progresar en los procesos de

maduración vinculados a lo heredado. El sostén de un otro (adulto) desde el comienzo de la vida permite lograr la existencia psicósomática.

En conjunto con esta sensibilidad aumentada se da un alejamiento de la mujer de los intereses que anteriormente tenía, volcándose completamente al cuidado de su hijo. Este replegamiento la coloca en un estado de gran vulnerabilidad, siendo necesario el sostén del entorno para que no se desaten alteraciones en su salud mental. Es importante que el entorno provea a la madre una “envoltura” que la proteja, envoltura similar a la que ella le brinda a su hijo.

Para que el proceso de desarrollo del bebé avance es necesario que exista lo que Winnicott ha denominado “**ambiente facilitador**” (1989, p.59) el cual se debe ir complejizando en consonancia con la mayor complejidad que van adquiriendo las necesidades del bebé.

Es imprescindible que el yo materno brinde el apoyo necesario al yo del bebé, facilitando así su organización. Todo esto es importante para que el bebé logre la individualidad y el sentido de identidad (Winnicott, 1989).

#### **4.3.2 Bowlby y la teoría del apego**

Bowlby ha desarrollado importantes teorizaciones sobre el vínculo entre la madre y el bebé, desarrollando la “Teoría del Apego” (1986). Se centró en abordar las particularidades de este vínculo y en las repercusiones que el mismo tiene en el desarrollo posterior de la personalidad.

De acuerdo a este modelo teórico existe una tendencia en los seres humanos desde los primeros momentos de vida a mantener lazos emocionales cercanos con otras personas, la cual tiene una función biológica específica vinculada a la protección de la especie frente a depredadores.

Se trata de una búsqueda por parte del sujeto de proximidad tanto física como emocional en relación a otro individuo mejor preparado para enfrentar el mundo exterior. A partir de diferentes comportamientos se intenta conseguir o mantener dicha proximidad, activándose especialmente cuando el sujeto apegado se encuentra en una situación de tensión (al sentir temor, estar enfermo, etc.) (Bowlby, 1989).

El vínculo entre la madre y el bebé se desarrolla, en gran medida, por la capacidad que tiene este último desde el inicio “(...) para entrar en una forma elemental de interacción social (...)” (Bowlby 1989, p 19). Esta aptitud del bebé se acompaña por la capacidad de la madre de

“sensibilidad corriente” (Bowlby, 1989 p. 19) que responde de manera adecuada a sus necesidades.

Vinculado a esto aparece otro concepto sumamente importante para esta perspectiva introducido por Ainsworth y col.: “**Sensibilidad materna**” (1978) la cual se plantea como la disposición o habilidad de la madre (o de quien cumple su función) para captar las señales del bebé, interpretarlas de manera adecuada y responder en un tiempo apropiado (Ainsworth, 1978). La misma no se agota en el hecho de cubrir las necesidades básicas de alimento e higiene, sino además con el sostén afectivo que le brinda. Esto se logra a través de la empatía que la figura de apego desarrolla en relación a la figura apegada.

De esta manera la madre (o adulto encargado de sus cuidados) oficia como “**base segura**” (Ainsworth 1967), permitiéndole al niño/a explorar el entorno al proporcionarle la seguridad y cuidados necesarios. El niño/a, o adolescente, explorará el mundo si tiene la seguridad de que puede recurrir a sus figuras de apego cuando lo necesite, exploración que al inicio será más acotada tanto en tiempo como en espacio; y a medida que el individuo crece serán más prolongadas. Junto con la búsqueda de proximidad y el proporcionar cuidados son los tres componentes básicos de la conducta de apego.

En base a investigaciones de Ainsworth y Main (1971; 1981) se proponen diferentes pautas de apego. Ainsworth (1971) estudió tres pautas principales a partir de la observación de niños expuesto a la “situación extraña”, que se ven favorecidas según las circunstancias del entorno familiar: -Pauta de “**apego seguro**”; -pauta de “**apego ansioso resistente**” y -pauta de “**apego ansioso elusivo**”. Pero se observaron niños en los que no se presentaba una pauta clara, frente a lo que Main (1981) plantea una cuarta pauta en la que se presenta cierta desorganización de las tres ya mencionadas.

En cuanto a la persistencia de las mismas (pautas), Bowlby plantea que por lo general tienden a mantenerse una vez que se desarrollan. En este punto el autor aclara que hasta los tres años de edad aún no está establecida definitivamente, por lo cual se puede modificar. Pero a medida que el niño va creciendo pasa a estructurarse cada vez más como una característica, generando una influencia significativa en la forma en que se vinculará con el resto de las personas.

En relación a lo anterior existiría un proceso de internalización de la pauta, en el cual se van construyendo “**modelos operantes internos**” (Bowlby, 1989, p.151). Dichos modelos se van conformando desde los primeros años de vida, tanto en relación a sí mismo, a las figuras parentales, así como a la forma en que se da la interacción. Una vez que estos se establecen llegan a actuar de forma inconsciente.



Bowlby plantea diferentes circunstancias que pueden favorecer u obturar el vínculo de la díada madre-bebé, como la ayuda y contención con la que cuenta la madre de su entorno durante la crianza de su hijo para que pueda volcar toda su atención a la misma; las experiencias de la madre con sus figuras de apego, tanto durante su infancia como en la actualidad (esto demuestra que las pautas de cuidado que los padres ponen en marcha con sus hijos influyen de manera significativa en cómo lo harán en un futuro éstos últimos).

Un aspecto que puede influir negativamente es que la madre y el bebé se encuentren separados por un tiempo prolongado luego del nacimiento, por ejemplo cuando el bebé nace prematuro y necesita estar un tiempo internado en otro sector.

#### 4.3.3 Aportes del medio uruguayo

Se considera de suma importancia para el desarrollo de este trabajo incluir aportes del medio nacional, como los de Díaz Rossello, Ricardo Bernardi, Mercedes Freire de Garbarino y Víctor Guerra, acerca del vínculo temprano en la díada madre-bebé.

De acuerdo con Díaz Rossello, Guerra, Strauch, Rodríguez Rega y Bernardi (1991) la interacción entre los integrantes de esta díada se apoya en las necesidades fisiológicas del neonato, que por su inmadurez otro (por lo general la madre) debe cubrir. Asimismo, tiene un papel relevante la atracción que genera (el neonato) por sus características y conductas en los adultos.

El énfasis en lo referente a dicha interacción se ha puesto en los comportamientos maternos que se presentan desde el nacimiento del bebé. La madre adapta su comportamiento a él, por ejemplo, modificando su tono de voz y la velocidad al hablarle (utiliza un tono de voz más agudo y habla más lentamente), realizando movimientos lentos y gestualidad más exagerada en comparación a la que utiliza al vincularse con otro adulto o niños más grandes (Díaz Rossello et al., 1991).

Basados en la importancia que Winnicott le otorga al  **Holding**  (1967) desarrollan la idea de “ **envoltura materna** ” (Díaz Rossello et al., 1991, p. 25). La misma se relaciona con el sostén que la madre le brinda al bebé desde el inicio de la vida extrauterina y que les permite a ambos reducir la separación física que implica el nacimiento, a la vez que contribuye a una discriminación progresiva.

El sostén debe ser continuado en el tiempo, ya que las separaciones en este momento afectan significativamente al bebé. Si esto sucede, puede generarse un quiebre en su sensación de continuidad tan importante para el desarrollo psíquico y físico.

En este contacto tan especial (madre-bebé) el bebé comienza a registrar la presencia de su madre, a través de diversas sensaciones: visuales, cenestésicas, auditivas, gustativas, entre otras, que integra y percibe como un todo.

El conjunto de estímulos que se ponen en juego en la interacción (vocalizaciones, gestos, movimiento al hamacar al bebé, caricias) se dan con cierto **ritmo**, generándose una **sincronía** (Díaz Rossello et al., 1991) en la interacción. Esto se puede ver, por ejemplo, en la situación de amamantamiento: la madre le habla al bebé y lo balancea con un ritmo determinado que coincide con el ritmo de succión y respiración de este. El bebé recibe un conjunto de estímulos de su madre que se dan de forma sincrónica con su actividad oral. Se pone en juego así una **complementariedad** entre ambos, alternándose el rol activo, y siendo sumamente placentera para ambos.

Es importante mencionar que el bebé ya se encuentra inmerso en un universo rítmico desde que está en el útero, pautado por los latidos del corazón y de la respiración de la madre.

Víctor Guerra (2009) destaca el papel que cumplen los ritmos en la interacción madre-bebé, jerarquizando su importancia junto a la empatía para "(...) la construcción de la experiencia de intersubjetividad (...)" (Guerra, 2009 s/p). Estos ritmos permiten organizar temporalmente la experiencia y es una de las formas en que se inscribe la continuidad psíquica en los primeros momentos de vida, imprescindible para la construcción de la identidad. (Guerra, 2009)

Se pone en juego una "**ritmicidad conjunta**" (Guerra, 2009) adaptándose la madre a los ritmos del bebé para actuar de forma armónica con estos.

Otro aspecto que caracteriza a la interacción de la díada es la atribución de significado por parte de la madre a las acciones del bebé, otorgándole un valor comunicativo.

También le refleja sus estados afectivos a través de vocalizaciones y gestos, a partir de lo cual el niño, podrá decodificar tanto sus estados afectivos como los del otro, formándose una representación psíquica de éstos y desarrollando su capacidad de mentalización. (Díaz Rossello et al., 1991)

En relación a la atribución de significado, Mercedes Freire de Garbarino (1992) lleva sus planteos por la misma línea y propone que "la madre semantiza las acciones del bebé, desde sus capacidades impregnadas por su historia personal, al resignificar el vínculo de ella como bebé con su madre y padre infantil" (p. 24).

La autora citada en el párrafo anterior propone que en la "unidad dual" que conforman madre y bebé, la primera aporta tanto lo corporal como lo psíquico, a diferencia del bebé

que sólo puede aportar lo corporal. El bebé emite señales corporales que la madre interpreta y le atribuye un sentido (Freire de Garbarino, 1992).

La manera en que se dé la relación con la madre va a influir en la forma en que el individuo, posteriormente, se vinculará con otras personas a lo largo de su vida. Es a partir de esto que plantea la “**estructura interaccional temprana**” (Freire de Garbarino, 1992, p. 29), definiéndola como una modalidad particular de funcionamiento psíquico. Esta estructura está conformada por tres elementos: - *la imagen interna que la madre se forma del bebé a partir de la que crea un espacio en su psiquismo para que pueda desarrollarse el psiquismo del bebé*; - *los ritmos y sincronías, que favorecen el desarrollo del neonato en la medida en que los encuentros se den de manera adecuada*; y *decodificación – semantización* atribuyéndole la madre un sentido a las conductas de su bebé.

Tanto Díaz Rossello y col. (1991) como Freire de Garbarino (1992) han puesto su atención principalmente en los primeros momentos de la interacción entre la madre y el bebé, otorgándole gran importancia por la influencia en el posterior desarrollo.

Es necesario señalar que todos parten de la idea de que el neonato se encuentra en una situación de dependencia absoluta alcanzando, de forma progresiva, la independencia siempre y cuando el ambiente sea el adecuado.

## **4.4 ASPECTOS BÁSICOS PARA COMPRENDER LA PREMATUREZ**

### **4.4.1 ¿Cuándo se habla de un bebé prematuro?**

Desde la Organización Mundial de la Salud se define al bebé prematuro como aquel que no llega a completar el último trimestre de desarrollo dentro del útero, dándose el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación (las semanas de gestación se cuentan desde el primer día de la última menstruación).

En estas situaciones el neonato no alcanza la madurez fisiológica de los sistemas que permiten su supervivencia fuera del útero, como es el caso del sistema respiratorio, cardíaco y nervioso.

Los riesgos de vida se encuentran en relación proporcional a la edad gestacional. Vinculado a esto se ha dividido la prematurez en: pretérmino severo si el bebé nace antes de las 30

semanas, pretérmino moderado cuando el nacimiento ocurre entre la semana 31 y 34 de gestación, y pretérmino leve cuando nace entre la 35 y la 37.

## **4.5 ARTICULACIÓN CON SITUACIONES CLÍNICAS**

A partir de fragmentos de situaciones clínicas de madres que han participado del grupo de Hogar de Madres se realizará parte de la articulación de este trabajo. El foco estará en el impacto que genera el nacimiento prematuro en la interacción temprana, partiendo de los procesos psicológicos que se ponen en juego en la mujer.

### **4.5.1 Prematurez y procesos psicológicos en la madre**

#### **4.5.1.1 El impacto psíquico en la madre**

El nacimiento prematuro de un hijo implica para la mujer un hecho impactante e inesperado, para el cual no está preparada. Se encuentra de manera abrupta enfrentada al nacimiento, y “el embarazo se ve mutilado (...)” (Kreiser y Soulé, p.48, 1990). Se produce una ruptura en el proceso de gestación psíquica tan importante para el desarrollo posterior del vínculo madre- bebé.

Diferentes estudios han mostrado evidencia sobre el impacto que genera en los padres el nacimiento antes de lo esperado, repercutiendo en las conductas y actitudes que tendrán hacia su bebé. Si bien no se puede generalizar a todos los casos, es frecuente que los padres reaccionan a esta situación con estrés (Miles et al. citado por Galimberti, s/f).

A esto se suma la separación inmediata del bebé y la incertidumbre por los riesgos de vida que pueda presentar.

Algunos autores hablan de una **crisis** por la que transita la madre a nivel psicológico (Caplan citado por Cramer, 1978) y de un importante **traumatismo psíquico**, que se caracteriza por su intensidad (González Serrano, 2009). En estos casos, a la crisis vital que implica el nacimiento de un hijo se suma una crisis circunstancial producida por el nacimiento prematuro (Galimberti, s/f).

Estas crisis producen un importante desbordamiento a nivel emocional, que se puede expresar de diversas maneras, siendo las más frecuentes la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad (González Serrano, 2009).

El impacto en la madre por la prematurez de su bebé, caracterizado por sentimientos de angustia, ansiedad, etc. se puede ver mujeres con las que se trabajó en el Hogar de Madres:

El primer caso se trata de *una paciente de 27 años de edad ("F"), procedente de la zona este del país, que se encontraba en el Hogar de Madres tras el nacimiento de su hijo a las 28 semanas de gestación. F refería en diferentes encuentros sentirse angustiada y no tener deseos de estar dentro del sector cuando le realizan procedimientos a su hijo por lo frágil que lo percibía. Además de intensos sentimientos de angustia, también manifestaba sentimientos de vacío, llanto frecuente, clinofilia, incluso presentando enlentecimiento psicomotriz.*

*Otra madre ("R") de 22 años proveniente de la región norte del país, que tuvo a su hija también a las 28 semanas de gestación, refiere gran angustia por la situación de salud de su bebé presentando cierta evitación a concurrir al sector e cuidados intensivos neonatal. Durante uno de los encuentros expresa: "cada vez que voy a verla a CTI no puedo parar de llorar".*

La expresión de otra madre durante el grupo muestra también la presencia de los síntomas antes mencionados: **"cada vez que surgen complicaciones con él (su hijo) me siento muy ansiosa.** *Se trata de una paciente ("S") de 29 años de edad, procedente de la región norte del país. Se encontraba en el hogar ya que su hijo estaba internado por nacer a las 29 semanas de gestación.*

En los fragmentos citados se visualiza la angustia que la prematurez genera en la madre y el desborde a nivel emocional. Estos sentimientos aparecen desde el primer momento en que ven a su hijo y permanece, por lo general, hasta que el estado de salud del mismo evolucione positivamente.

A partir de lo planteado hasta aquí es importante interrogar acerca de lo que sucede a nivel psíquico en la mujer ante un embarazo que se ve interrumpido. A continuación se analizarán los procesos psíquicos abordados en secciones anteriores (fundamentales para el desarrollo de una interacción temprana y que propician un apego seguro) pero ligados a la prematurez.

#### 4.5.1.2 El proceso de gestación psíquica

Un punto importante para pensar el desarrollo del vínculo temprano ante la situación de prematuridad es el proceso de gestación psíquica. Este proceso, de vital importancia para que este vínculo se pueda establecer de manera adecuada, se ve interrumpido por el nacimiento que se da antes de lo esperado (39-40 semanas de gestación).

Cuando el bebé nace la madre aún no se encuentra preparada para la separación física, ya que aún lo concibe como parte de su propio cuerpo, "...lo cual implica un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del nacimiento" (Ruíz, 2004, p.259). A esto se suma la situación de internación del neonato, que intensifica la distancia física entre ambos.

Las transformaciones que van sufriendo las representaciones maternas del bebé a lo largo del embarazo, parte fundamental de este proceso en el que la madre va creando un espacio en su psiquis para él, se ven interrumpidas.

El nacimiento prematuro ocurre poco tiempo después de que se perciban los primeros movimientos fetales, hecho sumamente significativo para que la mujer pueda comenzar a concebir a su hijo como un ser diferenciado de ella (González Serrano, 2009). Zeanah y cols. citados por Zito (1996) plantean que es de vital importancia la percepción de dichos movimientos para que se desarrolle un apego adecuado.

El último trimestre del embarazo es crucial en lo que respecta a las elaboraciones que la mujer hace sobre su bebé. Si este se da de forma prematura no pasa por la etapa en que las representaciones fantasmáticas comienzan a disminuir para dar lugar a una imagen del bebé que se acerca más al real (González Serrano, 2009).

Permanecen aún muchas representaciones del hijo fantaseado cuando irrumpe de manera abrupta en la psique materna el bebé real. Así como el bebé necesita de los 9 meses de vida intrauterina para desarrollarse, la madre necesita también de este tiempo para poder crearle a ese nuevo ser un lugar no sólo físico, sino también psíquico.

Queda todo el proceso psíquico coartado por la realidad que se impone y que la deja con el vientre vacío y con un bebé frágil que hace reales sus mayores temores y que se aleja mucho del que había fantaseado.

Por otra parte, en este último tiempo del embarazo es cuando la mujer ingresa a un período de mayor sensibilidad que Winnicott denominó "Preocupación maternal primaria" (1956). Se puede pensar que el nacimiento prematuro puede implicar dificultades para que la mujer ingrese a ese estado de sensibilidad aumentada.

#### 4.5.1.3 La “preocupación maternal primaria” y el nacimiento prematuro

La interrupción del proceso de gestación antes del tiempo esperable puede generar alteraciones en el desarrollo de lo que Winnicott planteó como “**Preocupación maternal primaria**” (1956), ya que se trata de un proceso que se pone en marcha en la mujer en las últimas semanas del embarazo.

En la interacción y el vínculo temprano no sólo es importante el modo en que transcurre el desarrollo del niño. También son determinantes las condiciones psíquicas especiales con las que cuenta la madre para hacerse cargo de los cuidados del bebé.

El estado de especial sensibilidad en la mujer vinculado al interjuego de identificaciones con su hijo, es crucial para que pueda captar las necesidades del mismo. Si el nacimiento se desata antes de que esto suceda se pueden presentar dificultades en la madre en el despliegue de dicha sensibilidad, y por ende en las posibilidades de brindarle el sostén adecuado para los primeros momentos de vida. Esto podría explicar, por lo menos en parte, las respuestas menos sensibles y más intrusivas que presentan frecuentemente en las madres de bebés prematuros.

Es importante tener en cuenta que las necesidades de un bebé prematuro se diferencian mucho de las que tiene un bebé nacido a término debido a su inmadurez y fragilidad (tanto física como psicológica). También son muy diferentes sus necesidades en lo que respecta a la interacción con la madre, ya que no está preparado para procesar los estímulos del exterior de la misma manera que un bebé maduro (que nace a término).

#### 4.5.1.4 La herida narcisista y sentimiento de culpa

El estado de angustia en que se encuentran muchas madres frente al nacimiento prematuro de su bebé (que es manifestada por las pacientes referidas anteriormente) se relaciona también con los sentimientos de insatisfacción que se generan en ellas por no haber completado la gestación. El nacimiento prematuro es, en todos los casos vivenciado como un acontecimiento traumático.

Se produce una herida narcisista en la mujer por haber “expulsando” a su bebé antes de tiempo cuando aún es demasiado frágil para sobrevivir fuera del útero. Se desatan en ella sentimientos de vacío que no se ven compensado por la presencia a su lado de un bebé

saludable al cual invertir; “faltan todas las experiencias que reparan lo que el parto puede tener de traumático...” (Kreiser y Soulé, 1990, p. 49).

Aparece una herida por no haber podido aportarle a su hijo lo que necesitaba para desarrollarse adecuadamente, vinculando esto a una incapacidad para retenerlo en el útero. Siente la capacidad de su cuerpo disminuida, y ahora es un entorno mecánico el que le debe brindar a su hijo eso que ella no pudo.

Esta gran herida narcisista se explica también con el hecho de que ella aún concibe a su hijo como una parte de sí misma. De esta manera se ve herida su propia integridad corporal, representando el bebé una parte defectuosa de sí misma. No se ha podido dar el proceso de transición de un amor narcisista a un amor objetivo por el niño, como sí ocurre cuando el embarazo llega a término. La madre aún no está preparada psíquicamente para tolerar la separación física. (Cramer, 1978).

Esta herida puede aparecer reprimida, enmascarada con una hiperactividad que puede vincularse a mecanismos maníacos de defensa frente al sufrimiento que genera la situación. En otras, es negada o incluso causa un período depresivo (González Serrano, 2009).

*\*Estos sentimientos de vacío, junto a otros síntomas depresivos, son manifestados por una de la paciente antes mencionada, F. Es importante destacar que presentaba antecedentes de sintomatología depresiva, que reaparece luego de que se desata el parto prematuro. Esto se debe tener en cuenta ya que el nacimiento prematuro de un hijo, al ser un suceso estresante, pone en juego los recursos psíquicos de la madre para transitar esa situación, así como los recursos externos con los que cuente.*

De acuerdo a estudios realizados por Cramer (1978) se aprecia una fuerte sensación de fracaso en las madres ante el nacimiento prematuro, por no completar el embarazo. En general vinculan el mismo con defectos o incapacidades propias, llevando de esta forma a que se presenten fuertes sentimientos de culpa así como una disminución del autoestima y de sus capacidades como madre. Se sienten incapaz de brindarle a su bebé lo que necesita, lo que ven confirmado ante el entorno mecánico que mantiene al neonato con vida y responde a las necesidades de éste.

Varios autores como Zito (1996) y Ruíz (2004) hablan del fuerte sentimiento de culpa en la madre. En general se forman una teoría explicando el porqué del nacimiento prematuro en las que se colocan siempre como culpables. Estas creencias son tomadas como verdades absolutas a tal punto que no desaparecen incluso frente a explicaciones con fundamentos sólidos.



Lo que se plantea en el párrafo previo se puede ver en lo expresado por otra paciente (“S”). *Previo al nacimiento de su bebé estuvo internada 17 días por un episodio depresivo, manifestando que en ese momento presentaba un intenso rechazo al embarazo. Esta madre le atribuía a esos sentimientos de rechazo la causa que desencadenó el nacimiento prematuro, presentándose en ella fuertes sentimientos de culpa. Asimismo vincula todo lo anterior con una amenaza de aborto que tuvo en la 8va semanas de gestación.*

Los sentimientos de culpa, así como la herida que genera la situación de prematuridad del bebé influyen de manera significativa en la interacción de la díada. La madre se siente incapaz de cuidarlo adecuadamente e incluso llegando a pensar que puede dañarlo. Estos sentimientos de culpa, incapacidad y posible daño al neonato producen interferencias en la relación que la madre establece con el recién nacido, evitando muchas veces el contacto por temor a seguir dañándolo como ya lo hizo al expulsarlo de su vientre antes de estar preparado para la vida extrauterina (Zito, 1996).

#### **4.5.2 Interacción temprana durante la internación del bebé**

##### **4.5.2.1 La internación del bebé**

Desde el momento mismo en que se produce el nacimiento prematuro la interacción entre la madre y el bebé se ve coartada debido a la separación por la internación de este último en un sector especializado.

Ante estas circunstancias, es indispensable la asistencia de un entorno mecánico (incubadora, monitores, etc.) para mantener al bebé estable. Pero esto puede implicar grandes obstáculos para la interacción temprana con su madre.

Los primeros tiempos del vínculo van a transcurrir en un ambiente medicalizado, que presenta una intensa actividad, y en el cual no existe el clima de intimidad tan importante para que la interacción se desarrolle de forma armoniosa.

Unos de los obstáculos que se presentan es la restricción en el contacto físico por la necesidad del bebé de estar en la incubadora. Esto trae aparejado que, en situaciones en que se presentan riesgos importantes en su salud, la madre no podrá tomarlo en brazos y establecer el contacto corporal tan importante para el vínculo y para el desarrollo del bebé. Se debe tener en cuenta que a través de ese contacto la madre le brinda un conjunto de sensaciones cenestésicas sumamente importantes (como el calor y el olor de su cuerpo). Diversos autores han planteado la importancia que tienen estas experiencias sensoriales de

los primeros tiempos de vida en la conformación del psiquismo del bebé (Issacs, 1952, Bick, 1968, Segal, 1981, Piontelli, 1992, Anzieu, 1994, citados por Mesa y Gómez, 2010).

Es a partir del contacto y la interacción con sus cuidadores principales que el niño va a ir construyendo ese psiquismo temprano (Dolto citada por Mesa y Gómez, 2010). Pero en el caso de un bebé prematuro este contacto se va ver restringido, y será importante buscar la manera de contrarrestar esta desventaja.

No obstante, es importante señalar que si bien la incubadora puede representar un obstáculo para la interacción, no quiere decir que necesariamente vaya a serlo. "(...) puede funcionar como un dispositivo que participa en la escena pero no obstaculiza el acercamiento o proximidad (...)" (Santos citado por Galimberti, s/f).

Por otra parte, el tiempo de contacto dependerá en gran medida de la organización particular del sector especializado, teniendo turnos determinados para que la madre ingrese.

Es importante, a la hora de establecer la organización de estos sectores, que se tenga en cuenta el contacto entre la madre y el bebé y su relevancia para el desarrollo adecuado del vínculo. La evolución del neonato no sólo se garantiza con el control de sus funciones vitales a través de la acción médica, sino que es necesario además el sostén afectivo.

Los diversos estudios de Klaus y Kennell han demostrado la importancia que tiene el contacto frecuente del bebé con su madre para que se presenten mejoras en la salud del primero. Por lo tanto es necesario que en los sectores especializados se reduzca tanto como sea posible la separación entre ambos.

La separación a causa de la internación del recién nacido puede tener efectos negativos como el desarrollo de un duelo anticipado, tema que se abordará a continuación.

#### 4.5.2.2 La separación y el riesgo de un duelo anticipado

Esta primera separación entre la madre y el bebé que implica la internación puede llevar a que se desarrolle un **duelo anticipatorio** (Caplan y col. citados por Cramer 1990), generando importantes dificultades en el vínculo si no se atiende este aspecto y el binomio no recibe el sostén necesario.

Cuando esto sucede la madre, por lo general, evita la interacción por temor a la pérdida de ese bebé que impresiona gran labilidad, llegando incluso a no concurrir a verlo. La reacción en ella es la de no apegarse a ese ser tan frágil con riesgo de vida para evitar que el dolor sea tan intenso una vez que lo pierda (Cramer, 1990).

La madre no sólo concurrirá menos al sector en el que se encuentra su hijo, sino que además preguntará menos sobre su estado al personal de salud, intentando de esta manera disminuir el sufrimiento psíquico que una pérdida genera.

En casos en que el duelo anticipado es más intenso, la madre evita pensar en la relación con su bebé llegando incluso a no hablar de él con otras personas, por ejemplo, familiares (Cramer, 1990).

Esto se agrava cuanto más largo sea el tiempo de separación antes de tener el primer contacto, muchas veces produciendo dificultades permanentes en el vínculo de apego.

El duelo anticipado trae como consecuencia “defectos del funcionamiento maternal” (Cramer, 1990, p.152) ya que para lograr una respuesta maternal positiva es muy importante el estímulo que el bebé genera en la madre en los momentos de contacto.

*Algunas de estas reacciones se puede vincular a las que presentó una de las pacientes del grupo (“R”), quien tenía cierta reticencia a concurrir al sector donde se encontraba su hija internada, además de expresar en una de las entrevistas individuales que no desea que los médicos le reiteren los riesgos que presenta su bebé.*

*Por otro lado, tampoco había tomado fotografías de su bebé durante el tiempo de internación, teniendo en cuenta que en los casos en que las madres no cuentan con acceso a cámaras de fotos o celulares para tomarlas, en los sectores o incluso en el hogar pueden solicitar los medios para hacerlo.*

*Se puede relacionar estos aspectos como el inicio de un duelo anticipado que se acentúa con los importantes riesgos de vida de su hija.*

Si bien el duelo anticipado en cierto punto puede ayudar a la preparación de la madre ante un desenlace negativo, no es favorable si éste cobra gran relevancia. En los casos en que el bebé presenta mejoras, se puede ver afectada la relación madre-bebé ya que por lo general la madre se encuentra deprimida renunciando a toda expectativa de que sobreviva, no pudiendo investir afectivamente a ese bebé. Esto puede tener consecuencias importantes en la salud del niño, perjudicando las posibilidades de una evolución positiva (tanto desde el punto de vista físico como psicológico) (Cramer, 1990).

Por otra parte, ante la pérdida real del bebe, el duelo anticipado incrementa en la madre fuertes sentimientos de culpa, obstaculizando el ingreso al duelo adecuado por la pérdida de su hijo.

La separación de la díada por la necesidad de internación del neonato implica que la relación se desarrolle en condiciones adversas. En muchos casos estas dificultades pueden

revertirse progresivamente luego de que se un primer contacto madre-bebé prematuro, viéndose favorecido cuando se presenta mejoras en su estado de salud.

#### 4.5.2.3 El primer encuentro entre la madre y el bebé prematuro

Los primeros encuentros que la madre tiene con su bebé prematuro son vivenciados como especialmente intensos, generándose en ella diferentes sentimientos, encontrándose en una fase de shock.

Este impacto se puede ver en expresiones de las madres con las que se trabajó en el grupo.

*Una de ellas (F) manifestaba que al inicio de la internación de su hijo prematuro se angustiaba mucho al visitarlo en la unidad de cuidados intermedios.*

*También se puede ver en el caso de la paciente R quien refiere un llanto continuo durante las visitas a su hija cuando la iba a ver a CTI: “**cada vez que voy a verla a CTI no puedo parar de llorar**”.*

En este punto es importante tener en cuenta en aspecto físico del bebé, ya que el mismo es central para este primer impacto, influyendo en la interacción de la díada.

El bebé que nace a pretérmino se caracteriza por ser más pequeño que un bebé maduro, variando su tamaño según la edad gestacional. Presenta una cabeza achatada y más grande en relación al cuerpo en comparación con el bebé a término. El tono de piel es rojizo dado que la capa de tejido adiposo no se ha formado y se traslucen los vasos sanguíneos.

Su tórax tiene una forma particular “de campana”, deprimiéndose fácilmente con la actividad respiratoria debido a que sus paredes se encuentran débiles. Esta característica de las paredes también se presenta a nivel del abdomen, generando que los órganos internos, principalmente el intestino, quede marcado y sea visible desde el exterior.

Sus extremidades se encuentran en una total deflexión (cuando un miembro, u otra parte del cuerpo, no se encuentran flexionada) que se vincula al escaso tono muscular que presentan.

Todas estas características del neonato prematuro hacen difícil para la madre los primeros encuentros, siendo fuente de intensas emociones. Lo que predomina es una impresión de fragilidad en relación a su hijo. Se suma además la extrañeza que implica para la mayoría el ambiente hospitalario.

Es frecuente que en este primer encuentro la madre observa a su hijo, acercándose a la incubadora pero con cierto temor, con conductas de rodeo antes de entrar en contacto con

el recién nacido. En los primeros encuentros dicho contacto físico se ve acotado a las extremidades del neonato (Defey, 1996)

Las conductas de rodeo mencionadas se pudieron observar en R al concurrir con ella al sector en que se encontraba su hija. *En este momento se percibe cierta dificultad de la paciente para entrar en contacto con su bebé, posicionándose de manera distante y no estableciendo contacto físico. En este momento predominaba el contacto visual que F establecía, pero desde una posición alejada físicamente. Es importante tener en cuenta que no se trató de una observación prolongada.*

A partir de estos primeros momentos la díada va a recorrer diferentes fases o etapas, que serán significativas en la forma en que se establecerá el vínculo, siendo central la evolución del estado de salud del bebé.

Esto puede ir sufriendo modificaciones si la madre se va adaptando a las características del bebé prematuro. Pero en muchos casos es necesario que se cuente con el apoyo del personal especializado en el área de salud mental, que estimule y propicie el encuentro entre ambos.

#### 4.5.2.4 Bebé fantaseado y bebé real en casos de prematurez

Frente a lo expuesto hasta el momento se puede pensar que existe una distancia muy grande entre el bebé fantaseado y el bebé real cuando se da el nacimiento de forma prematura. A esto contribuyen dos cosas que ya se han mencionado a lo largo del presente trabajo. Por un lado que el proceso de gestación psíquica quedó coartado. La madre no ha pasado por la etapa en que las representaciones fantasmáticas más fuertes disminuyen acercándose más al bebé real. Por otro, el bebé prematuro con sus características tanto físicas como de interacción no sólo se aleja del bebé fantaseado, sino que además hace realidad los temores más intensos de la madre.

En este caso no sólo se da el encuentro con un “desconocido”, sino que además se aparta mucho de lo esperable, que presenta gran fragilidad, incluso riesgo de vida. No se trata del bebé saludable “para mostrar”, haciendo realidad para la madre todas las fantasías vinculadas a la anormalidad.

Como ya se ha mencionado, cuando el bebé nace a término y sano la madre debe hacer un “ajuste” de la imagen idealizada que tenía durante el embarazo a la del bebé real con el que se encuentra al momento del nacimiento. Pero esto es mucho más complejo cuando se da

el nacimiento prematuro, porque debe realizar ese ajuste pero ante un bebé sumamente débil, con su aspecto le transmite gran fragilidad.

A todo esto se suma que el bebé no se encuentra junto a ella como pasa en un nacimiento a término de un bebé saludable, sino que se va a encontrar en otro sector y su internación va a ser más prolongada. Esto aumenta en ella la sensación de irrealidad que caracteriza el momento del nacimiento, al no tener la prueba más importante de realidad que es ver y tocar a su hijo

En muchos casos el primer contacto entre la madre y el bebé se posterga más aún por ejemplo por una cesárea, generando en la madre mayor incertidumbre sobre el estado de su hijo.

#### 4.5.2.5 Particularidades de la interacción madre- bebé prematuro y sus diferencias cuando el bebé nace a término

La interacción entre la madre y el bebé prematuro presenta determinadas particularidades, ya que en este caso, se desarrolla en condiciones adversas. El porqué de esto ha sido justificado a lo largo del presente trabajo, pero es menester plantear dichas particularidades por la temática abordada.

Desde el momento del nacimiento se da un desencuentro entre ambos integrantes de la díada, que va a ser necesario superar para que no se produzcan alteraciones en el establecimiento posterior del vínculo. En relación a esto Kreisler y Soulé (1990) plantean que se da una “doble asincronía” entre la madre y el bebé, debido a que se encuentra una mujer que está poco preparada por no culminar el embarazo, y un bebé con el que es difícil interactuar.

Para poder pensar la interacción es importante tener en cuenta **lo que aporta tanto el bebé como la madre.**

#### Aportes del bebé:

El bebé que nace a término tiene la capacidad para interactuar con su madre buscando mantener la proximidad a través distintos medios (modificaciones en el tono corporal, vocalizaciones gestos, etc.). Dicha capacidad está presente desde los primeros momentos de vida, y tiene como finalidad conseguir la atención y protección necesaria.

La forma en que el neonato entra en una especie de diálogo tónico con su madre es sumamente importante, debido a que es una de las formas en que se puede comunicar con ella. Además, se ponen en juego de manera conjunta intercambios visuales y vocales.

Pero en el caso del bebé prematuro existen importantes desventajas a la hora de interactuar: "(...) las capacidades de interacción y de regulación de las respuestas motrices y emocionales de los grandes prematuros son más limitadas que las de recién nacidos sanos a término y están aún más afectadas cuando sufren complicaciones médicas." (González Serrano, 2009, p.65).

El bebé prematuro no puede entrar tan fácilmente en diálogo tónico con el cuerpo de su madre, respondiendo a los estímulos de forma rígida. Por la inmadurez que afecta lo posturo-motriz (hipotonía axial) tiene grandes dificultades para lograr esta forma de comunicación tan especial a través de lo corporal.

Dado que los estados de actividad (sueño y vigilia) no están claramente delimitados se encuentra la mayor parte del tiempo en un estado somnolencia, que se ve interrumpido por descargas motrices bruscas.

Es poco reactivo a los estímulos que la madre le provee, encontrándose en una especie de replegamiento o apatía, como si continuara en el útero esperando alcanzar la madurez necesaria para nacer. Esto funciona como defensa ante los múltiples aferencias del medio a las que está expuesto ya que aún no es capaz de procesarlas adecuadamente.

Ante algunos estímulos reacciona con expresiones de molestia o dolor, que se pone de manifiesto a través de pequeños cambios posturales o de la coloración de su piel.

También suele desestabilizarse fácilmente, lo que reafirma en la madre la impresión de fragilidad y acentúa la restricción del contacto. Son difíciles de consolar, por lo que el contacto se vuelve menos gratificante y más frustrante.

No presenta expresividad gestual como en el caso de un bebé que nace a término y son menos reactivos al rostro y voz de su madre o cualquier adulto, otro motivo por el cual la interacción se ve coartada.

Todas estas características imponen obstáculos significativos para el vínculo.

#### Lo que aporta la madre:

Por otro lado, el **aporte de la madre a la interacción** también es diferente en estas circunstancias.

En general se caracterizan por ser madres menos sensibles a las señales de su bebé, excesivamente estimuladoras e intrusivas.

La **sensibilidad materna** es un aspecto de vital importancia que, ante la prematuridad del bebé, puede verse en riesgo y generar repercusiones importantes para la interacción.

En relación a las conductas específicas de la madre en la interacción, el **contacto físico** que establece se caracteriza por ser menos frecuente, más rígido y limitándose a las extremidades del cuerpo de su bebé. Esto se vincula, entre otras cosas, y como ya se ha mencionado, a la impresión de fragilidad que el bebé le genera y a lo poco gratificante que es el contacto para ella.

La restricción del contacto físico se agrava cuando el bebé debe estar la mayor parte del tiempo en la incubadora por su estado y la madre no puede tomarlo en sus brazos.

Se diferencia de lo que sucede en las madres de bebés saludables nacidos a término, que exploran a través del contacto físico todo el cuerpo de este. De acuerdo a lo que ha planteado Díaz Rossello et al. (1991) se puede observar que utilizan un brazo que va a cumplir una función de sostén y que mantiene al neonato contra su cuerpo, y otro con el que exploran realizando una serie de movimientos rítmicos. Esta función de exploración es la que permite, junto con otras, la diferenciación progresiva entre ambos.

La **mirada materna** es otro aspecto importante, y no únicamente para el vínculo sino también para otras funciones como la de discriminación, control vital, separación, entre otras.

El bebé es un estímulo preferencial para la madre, generando en ella gran fascinación a través de la mirada, de ciertos gestos y movimientos corporales. Asimismo se puede observar conductas de exploración visual por parte de esta que aparecen en conjunto con las conductas de exploración antes mencionada.

A diferencia de esto, las madres de bebés prematuros son más rígidas en esta exploración visual, centrandose su foco únicamente en el rostro del bebé.

En lo relativo a los **estímulos verbales** también se presentan diferencias. De acuerdo a lo planteado por González Serrano (2009) la actividad verbal de la madre de prematuros busca principalmente animarlo a que se alimente, caracterizándose por continuas llamadas a su bebé.

La actividad verbal materna cuando el neonato nace a término se centra en lo que Díaz Rossello (1991) denominó "diálogo vocal imaginario". El mismo se caracteriza por preguntas que la madre le hace a su hijo, respondiéndose ella misma como si la respuesta proviniera



del bebé, o dejando un espacio para la respuesta de este y luego continuar hablando. Este “diálogo” genera gran placer en ambos integrantes de la díada y es central para la interacción temprana y el desarrollo adecuado del niño.

#### **4.6 Vínculo de apego y prematuridad**

Es de gran importancia, a partir de lo expuesto hasta el momento, pensar acerca de las repercusiones que la prematuridad del neonato genera en el establecimiento de un vínculo de apego seguro.

Si se piensa este punto en relación a la transmisión de los modelos de apego de la madre hacia el hijo, la prematuridad por sí misma no implicaría un vínculo inseguro. Cuando la madre ha internalizado un modelo de apego seguro, el mismo va a continuar estable más allá de las dificultades que genera el nacimiento prematuro. Si bien, al inicio pueden existir algunas dificultades para interactuar con su bebé, luego se tiende a la estabilidad de la pauta predominante. (González Serrano, 2009).

Esto se debe a que la pauta segura de apego que ha internalizado le proporciona recursos adaptativos para manejar situaciones estresantes.

Pero se debe tener en cuenta que la respuesta que la figura de apego brinda no sólo depende de estos esquemas internalizados, sino que también se ve afectada por la situación emocional actual (Mesa, Gómez, 2010).

En relación a lo anterior se plantea que la prematuridad es un factor de riesgo para el establecimiento de un apego seguro (Mesa y Gómez, 2010). Se dan desencuentros entre el neonato y la madre, producto de la interrupción de los procesos psíquicos necesarios durante la gestación, y a las dificultades del bebé para interactuar por la inmadurez con la que nace. Es más complejo para ambos que se dé una sintonía en la atención a las señales del otro, y por ende, en las respuestas.

En estudios de prematuros severos con alto riesgo de vida se ha visto en el niño una mayor tendencia a la inseguridad, así como un pasaje de un vínculo seguro a uno inseguro en el trayecto de la niñez. Esto se diferenciaría de lo que se observa en niños que han nacido a término, en los que si la pauta de apego es segura, esta tiende a lo largo de la infancia a estabilizarse (Mangels-dorf et. al. citados por González Serrano, 2009).

Por estas razones, si la díada no cuenta con el apoyo y el acompañamiento necesario desde el equipo de salud, los desencuentros iniciales entre la madre y el bebé prematuro pueden producir un impacto negativo en el vínculo de apego.

#### **4.7 Intervenciones psicológicas con la díada madre-bebé prematuro durante la internación**

Por el impacto que genera el nacimiento prematuro en el binomio, es imprescindible que cuente con el apoyo del equipo de salud, incluyendo profesionales especializados en salud mental.

Es necesario que estas situaciones sean abordadas por equipos que trabajen desde la interdisciplina para brindarle a la díada una atención integral, donde el objetivo no sea únicamente mantener con vida al bebé sino también posibilitar un buen desarrollo psicoemocional.

Para atender este aspecto resulta necesario trabajar con la madre y el bebé, poniendo el foco en la interacción y en los obstáculos que la prematurez puede generar en la misma. Esto se debe a que la madre es quien posibilita dicho desarrollo, ya que, tomando los aportes de Winnicott, se considera que el bebé existe en la medida en que hay un otro (por lo general la madre) quien lo sostiene y le brinda el ambiente necesario para su desarrollo.

Es importante que las intervenciones psicológicas estén centradas en propiciar el encuentro entre la madre y el bebé prematuro, que se ve obstaculizado desde el inicio de la vida extrauterina. La madre, que aún no se está preparada para separarse físicamente de su hijo cuando se desata el nacimiento, se enfrenta a un bebé que no está preparado para vivir fuera del útero.

Con su autoestima fuertemente dañada, la madre debe interactuar con un bebé al que percibe como muy frágil, que se aleja mucho del que fantaseó durante el embarazo y que es muy poco reactivo a sus estímulos.

Por otra parte, el bebé se ve expuesto a un sinnúmero de estímulos externos que no puede procesar adecuadamente por su inmadurez, encontrándose en un ambiente muy diferente al que tenía dentro del útero materno.

No sólo el bebé nace antes de estar preparado biológicamente. La madre también es “prematura” y necesita de la contención del equipo de salud, que debe oficiar de “incubadora”, permitiendo que el proceso de gestación “continúe” con el bebé fuera del útero. (Zito, 1996).

Es sumamente importante que la intervención estimule el contacto de la madre con el neonato, adaptándose uno al otro y logrando que la interacción sea gratificante para ambos. Para ello es imprescindible ayudar a la madre a comprender las particularidades físicas e interactivas de su bebé por ser prematuro. De esta manera se promueven respuestas más sensibles a las señales de su hijo, de vital importancia para su desarrollo.

Las respuestas sensibles de la madre a las necesidades de su bebé contribuyen a un mejor desarrollo cognitivo, lingüístico y de las habilidades sociales (Landry et al., Forcada-Guex et al., citados por González Serrano, 2009). Un entorno de crianza altamente sensible tiene un efecto beneficioso para el recién nacido prematuro, dado que amortigua los efectos que genera la inmadurez con la que nace. Es sumamente positivo que la madre pueda brindar una respuesta sensible al neonato para su desarrollo, regulación emocional y para la seguridad del vínculo de apego (Monzó et al. 2010).

Si se estimulan respuestas maternas más sensibles, se superará progresivamente el desencuentro inicial al comprender y decodificar cada vez mejor las necesidades del bebé.

Asimismo, una mayor sensibilidad le permitirá a la madre discernir cuando él bebé está disponible y es beneficioso interactuar, y cuando puede perjudicarlo (por ejemplo al comprender señales de estrés del bebé), imprescindible en la interacción con un bebé prematuro por la facilidad con que se desestabiliza ante la estimulación. Esto es sumamente importante para que la interacción entre ambos sea gratificante.

Es necesario estimular el contacto: que la madre toque a su hijo, lo acaricie, le hable, etc. Desde diversos estudios realizados por Klaus y Kennell (1993) se ha demostrado lo positivo que es para la evolución del bebé el contacto físico diario.

En base a la importancia del mismo es que desde hace varios años (1978) en Bogotá-Colombia se ha implementado el “programa madre canguro”, alternativo para el cuidado de los neonatos prematuros.

Este programa propone que en estos casos el desarrollo se complete a través del contacto piel a piel entre el bebé y su madre durante las 24 horas del día, siempre y cuando se alcancen ciertas condiciones (peso mayor a 1900 gramos, adecuada succión-deglución, siendo posible el amamantamiento y no presentar patologías). El contacto le provee al bebé

la estabilidad fisiológica que necesita, siendo similar al que le brinda la incubadora; beneficiando también el vínculo, mejorando la calidad de la interacción.

Aporta también a la percepción que la madre tiene sobre sus competencias maternas (Tessier et. al. Citado por Carbonell y cols., 2010) desarrollando una mayor sensibilidad y siendo menos intrusiva en la interacción. (Carbonell y cols., 2010)

Se puede ver entonces el beneficio que el contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé prematuro tiene para el vínculo: en la madre aumenta la sensibilidad favoreciendo la calidad de cuidados; en el neonato contribuye a la regulación emocional y propicia la organización de los ciclos de actividad (sueño-vigilia) y potencia sus capacidades para la atención sostenida (Feldman, Wellwe, Sirota y Eidelman; Ogi et al. citados por Carbonell y cols. 2010). Pero es necesario remarcar que no es posible este contacto en todos los casos, dependiendo principalmente de la estabilidad fisiológica del bebé.

## **5.0 CONCLUSIONES**

Para dar un cierre a la elaboración del presente Trabajo Final de Grado se plantearon a modo de conclusión diferentes puntos a destacar, procurando dar respuesta a las interrogantes que oficiaron como guía.

A partir de todo lo expuesto se puede pensar el nacimiento prematuro como un factor de riesgo para la interacción temprana y el posterior establecimiento de un vínculo de apego seguro en la díada madre-bebé.

Esto no significa que en todos casos en que un bebé nace antes de las 37 semanas de gestación el vínculo con su madre va a presentar alteraciones. Sin embargo, deben tomarse en cuenta los riesgos que conlleva la prematurez para prevenir posibles alteraciones. Esto último se considera de vital importancia para favorecer un buen desarrollo físico y emocional en bebé y preservar la salud mental de la madre.

Partiendo de la experiencia práctica en el Hospital de la Mujer y de su articulación con diversos aporte teóricos, se pudieron abordar las particularidades que la interacción presenta en estas circunstancias. Cuando el recién nacido es prematuro una mujer que no culminó el proceso de gestación psíquica se enfrenta a un bebé frágil, poco reactivo y con el que es difícil interactuar por la inmadurez con la que nace.

A partir de la sistematización presentada en este trabajo se explicita que, por la inmadurez física y psicológica con la que nace el bebé, la interacción se va a alejar de la que se desarrolla entre la madre y un bebé que nace a término. A diferencia del neonato prematuro, el bebé maduro (que nace a término) cuenta con recursos para interactuar con su madre y entrar en diálogo con ella a partir del tono corporal, vocalizaciones, gestos, etc. El recién nacido prematuro es menos reactivo a los estímulos, presenta mayores dificultades para entrar en diálogo tónico con su madre y las vocalizaciones son más escasas al igual que los gestos.

Otro punto relevante y que se enfatiza, es el efecto que tiene la separación desde el momento del nacimiento en la interacción temprana, a causa de la internación del bebé en un sector especializado. Esto implica una distancia física con la madre que repercute en el vínculo, por lo que debe considerarse un factor de riesgo para el desarrollo adecuado del mismo (Zito, 1993). Asimismo, el ambiente hospitalario dificulta que se dé un clima de intimidad entre la madre y el bebé, tan importante para el vínculo temprano.

Dada la complejidad que caracteriza la relación entre ambos integrantes del binomio, se considera imprescindible comprender las vivencias de la madre. El nacimiento prematuro del bebé suele producir en ella un fuerte impacto que trae como consecuencia cierto desborde emocional. Se da una ruptura en el proceso de gestación, tanto física como psíquica, viéndose truncados los procesos psicológicos tan necesarios durante el embarazo. De manera inesperada y abrupta se ve enfrentada al bebé real, cuando todavía no se encuentra preparada. Todo esto puede dejar a la mujer con el autoestima dañada y con importantes sentimientos de culpa por no haber podido retener a su hijo en el útero el tiempo necesario para que se desarrollara adecuadamente.

Con el nacimiento prematuro es más complejo que se desarrolle ese período de mayor sensibilidad que Winnicott denominó “preocupación maternal primaria”(1956), de vital importancia para captar las señales del bebé y responder de manera adecuada.

En lo que respecta al vínculo de apego, este trabajo se ubica desde una perspectiva teórica que plantea la prematuridad como un factor de riesgo para la seguridad del mismo. Esto se justifica en que la seguridad del mismo no sólo depende del modelo de vínculo que la madre tiene internalizado por su historia de vida, sino que también a las circunstancias actuales. El estrés por el impacto del nacimiento prematuro, los sentimientos de culpa, la angustia, los riesgos de vida del bebé, y todo lo que genera el desborde emocional en la madre puede llevar a que predomine la inseguridad en el vínculo con su hijo.

Es importante en la intervención psicológica promover una respuesta materna sensible y adaptada a las señales del recién nacido prematuro, que serán diferentes a las esperadas

por la madre al imaginarse un bebé nacido a término. Para ello es imprescindible que la madre comprenda las particularidades interactivas que presenta su bebé por ser prematuro, para que se dé una interacción gratificante para ambos.

El “programa madre canguro” desarrollado en Colombia es una propuesta que ha mostrado resultados positivos en el desarrollo de una mayor sensibilidad materna en los casos de prematuridad, así como en la disminución del contacto intrusivo que frecuentemente se ha observado en las madres de prematuros.

El trayecto por el Hospital de la Mujer en el marco del practicantado me permitió tomar contacto con estas situaciones, conocer su complejidad y el impacto psíquico que generan. A partir del trabajo en el Hogar de Madres es que personalmente pude comprender la importancia que tiene para la diada el apoyo y acompañamiento psicológico en estas situaciones.

-Ante estas circunstancias se considera imprescindible que el binomio cuente con el apoyo y acompañamiento del equipo de salud, siendo necesaria la intervención de un profesional de salud mental. En base a la experiencia del practicantado y la revisión bibliográfica sobre el tema, se considera imprescindible que dichas intervenciones se centren en propiciar el encuentro entre la madre y el bebé. Se debe acompañar a la diada desde los primeros momentos para prevenir que se desarrollen dificultades en el vínculo, que serán más complejas de modificar con el paso del tiempo dado que se van estructurando.

Frente estas circunstancias tan difíciles tanto para la madre como para el bebé, se considera necesario que las intervenciones apunten a la superación de los obstáculos que la prematuridad genera. Es de vital importancia brindar a la diada el apoyo pertinente durante las diferentes etapas que van transitando durante la internación (el shock del nacimiento y del primer encuentro, que la madre acepte los riesgos y la viabilidad del bebé, la incertidumbre que muchas veces se presenta sobre su evolución, hasta acercarse al momento del alta).

Es importante que, desde el rol de psicólogos, ayudemos a superar la ruptura que el nacimiento prematuro provoca, propiciando que la madre pueda invertir afectivamente al bebé y reconocerlo como su hijo. Esto permitirá que progresivamente ambos puedan encontrarse, conocerse y reconocerse, lo que beneficiará el desarrollo adecuado del bebé (tanto psíquico como físico).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bowlby, J. (1989). *“Una Base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego”*. Barcelona: Ed. Paidós.

Carbonell, O.A., Plata, S.J., Peña, P.A., Cristo, M. & Posada, G. (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 773-785.

Cramer, B. (1978). Reacciones de la madre frente al nacimiento de un niño prematuro (pp146-155). 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.

Cramer, B. (1990). *De profesión bebé*. Barcelona: Ediciones Urano.

Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. Recuperado de:

[http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf)

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

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

Defey, D. (1995) (comp.) *El bebé, sus padres y el hospital. Serie Mujer y Maternidad*. Tomo III. Montevideo: Roca Viva.

Defey, D. (1996) (comp.) *Los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Serie Mujer y Maternidad. Tomo IV*. Montevideo: Roca Viva.

Díaz Rossello, J.L., Guerra, V., Strauch, M., Rodríguez, C. (s/f) “*La relación madre-hijo en las primeras semanas de vida*”. Publicación científica: CLAP N°1150. Disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/C LAP%201150.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/C LAP%201150.pdf)

Díaz Rossello, J.L., Guerra, V., Strauch, M., Rodríguez Rega, C., Bernardi, R. (1991). *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Montevideo. Ed.: Roca Viva.

Díaz Rossello, J.L. (1992). *Participación materna en los cuidados del prematuro internado. En Tecnologías Perinatales. Publicación científica CLAP.1255 (237-246)*. Disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/C LAP%201255.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/C LAP%201255.pdf)

Fava Vizziello, G., Zorzi, C., Bottos, M (Comp.) (1992) *Los hijos de las máquinas: la vida de los niños internados en terapia intensiva neonatales*. Bs. As. Ed.: Nueva Visión.

Freire de Garbarino, M. (coord.), Correa, V., Escudero, M., Freifeld, F., García, C., García, R., Guerra, V., Lanza, V., Marques, M., O’Neill, Z., Ortega, M., Oyenard, R., Santiago, G., Sapriza, M., Sburlati, M., Weignsberg, A. (1992). *Interacción temprana: investigación terapéutica breve*. Montevideo: Editorial Roca Viva.

Fundación Álvarez Caldeyro Barcia. (2011) *Nacer a tiempo: informe anual de prematuridad*. Recuperado de: <http://www.facb.org.uy/informe%20prematuridad%202011.pdf>

Galimberti, M. (s/f) *Recién nacido prematuro internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés materno y modelos de intervención*. Publicación científica, (pp 2 -18). Recuperado de: <http://www.centroipcc.com/pdfs/psicologiadel desarrollo.pdf>

Guerra, V. (2009). *Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé*. En: Mara, S. (2009) *Aportes para la elaboración de propuestas educativas. Primera infancia: la etapa educativa de mayor relevancia*. Montevideo: MEC – UNESCO.

González Serrano, F. (2009). *Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: La relación temprana y el apego*. En: *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 48 (pp 61 – 80).



Klaus, M., Kennell, J. (1978) *El vínculo madre – hijo*. En: Klaus, M., Kennell, J. (1978). *La relación madre – hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. (pp. 15 – 27)Bs. As.: Ed. Médica Panamericana.

Klaus, M., Kennell, J. (1978) *Asistencia a los padres del neonato prematuro*. En: Klaus, M., Kennell, J. (1978). *La relación madre – hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. (pp.99 – 146) Bs. As.: Ed. Médica Panamericana

Kreisler, L. Soulé, M. (1990) *El niño prematuro*. En: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (1990) *Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente*. Tomo V. (pp. 31-61). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Lebovici, S. (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones precoces*. Bs. As.: Ed. Amorrortu

Mathelin, C. (2001). *La sonrisa de la Gioconda: Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

Mesa, A.M., Gómez, A.C. (2010). La mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 8(2): 835 – 848. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v8n2/v8n2a05.pdf>

Monzó, A., D'Ocón Giménez, A., Simó-Teufel, S., Banacloche, D., Borraz García, S., Celma, M. (2010) La sensibilidad materna como factor de protección en el desarrollo del pretérmino. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. *Revista de pediatría de atención primaria*. 2010; 12 (supl. 19) e87 – e88. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12s19/sup19\\_p6.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12s19/sup19_p6.pdf)

Punta Rodulfo, M. (s/f) *Los primeros tiempos de la vida*. Recuperado de:

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/102\\_in\\_fanto\\_juvenil/material/primeros\\_tiempos\\_de\\_la\\_vida.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_in_fanto_juvenil/material/primeros_tiempos_de_la_vida.pdf)

Presentación de Practicantado (2014). Equipo de Salud Mental del Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Ruiz, A.L. (2004) *Un nacimiento antes de tiempo*. En: Subjetividad y Procesos Cognitivos; (pp. 256 – 280). Recuperado de:

[http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/258/Un\\_nacimiento\\_antes\\_de\\_tiempo.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/258/Un_nacimiento_antes_de_tiempo.pdf?sequence=1)

Uruguay. Presidencia de la República (2011). Embarazo responsable y acceso a las políticas sociales previene prematuridad: en el marco del Día Nacional de la Prevención de la Prematuridad. Recuperado de:

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/prematuridad-embarazo-msp-asse-visionair>

Uruguay. Presidencia de la República (2015). En 2014 97% de embarazos en Pereira Rossell fueron controlados, sin muertes maternas. Recuperado de:

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/pereira-rossell-control-embarazo-cero-muertes-maternas-asse-msp>

Winnicott, D. (1956) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Laia

Winnicott, D. (1980) *La familia y el desarrollo del individuo*. Bs. As.: Ed Hormé.

Winnicott, D. (1991) *“Los bebés y sus madres”*. Buenos Aires: Ed. Paidós