

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACION

La prematurez de 28 semanas de gestación y el desarrollo vincular
madre-bebé

Alumna: Aparicio Castro Valeria María

Tutor: Lic. María Mucci

Abril de 2008

1.INTRODUCCIÓN 4

| | |
|--|-----------|
| 1.1 PLANTEO Y RELEVANCIA DEL TEMA A INVESTIGAR:..... | 4 |
| 1.2 OBJETIVOS:..... | 5 |
| 1.3 HIPÓTESIS:..... | 5 |
| 2. DESARROLLO..... | 6 |
| 2.1 LA EXPERIENCIA SENSORIAL DEL PREMATURO..... | 8 |
| 2.2 CÓMO IDENTIFICAR EL ESTRÉS..... | 13 |
| 2.3 EL BEBÉ Y LAS MANOS QUE LO CUIDAN..... | 17 |
| 2.4 LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN PREMATUROS..... | 18 |
| 2.4.1 <i>Definición:</i> | 18 |
| 2.4.2 <i>¿Estimular sí o no?</i> | 19 |
| 2.4.3 <i>Pronósticos:</i> | 19 |
| <i>Incumbencia de la Psicología:</i> | 20 |
| | 20 |
| 2.4.4 <i>Luego del parto:</i> | 20 |
| 3. LA FAMILIA:..... | 21 |
| 3.1 LA ACTITUD DE LOS PADRES..... | 22 |
| 3.2 FUNCIÓN DE LA FAMILIA..... | 23 |
| 3.2.1 <i>Como institución:</i> | 23 |
| 3.2.2 <i>Como grupo:</i> | 23 |
| 3.3 LOS PADRES EN LA UTIN..... | 24 |
| 3.4 RELACIÓN MADRE HIJO:..... | 24 |
| 3.5 EL CONTACTO COMO SOSTÉN DEL VÍNCULO MADRE-HIJO:..... | 25 |
| 4 METODOLOGÍA:..... | 27 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDIO: 27 | |
| 4.2 TIPO DE DISEÑO:..... | 27 |
| 4.3 MUESTRA:..... | 27 |
| 4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:..... | 27 |
| 4.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 28 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 29 |
| PROPUESTA DE ABORDAJE TERAPÉUTICO:..... | 30 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA:..... | 38 |
| 7. ANEXOS..... | 40 |
| 7.1 ENTREVISTA N° 1..... | 40 |
| 7.2 ENTREVISTA N° 2..... | 42 |
| 7.3 ENTREVISTA N° 3..... | 44 |
| 7.4 ENTREVISTA N° 4..... | 49 |
| 7.5 ENTREVISTA N° 5..... | 51 |
| 7.6 GRÁFICOS..... | 53 |
| 7.6.1 <i>El gráfico de la grabación completa:</i> | 53 |
| 7.6.2 <i>saturómetro:</i> | 53 |
| 7.6.3 <i>Bomba:</i> | 53 |

| | |
|---|----|
| <i>7.6.4 Respirador</i> | 53 |
| <i>7.6.5 conjunto de respirador, voces y una frecuencia aguda de un aparato</i> | 53 |

LA PREMATUREZ DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN Y EL DESARROLLO VINCULAR MADRE-HIJO

1.INTRODUCCIÓN

El propósito de este proyecto es investigar con mayor profundidad acerca de la prematurez de 28 semanas de gestación y analizar esta situación traumática para el bebé y su familia, ya que cuanto más se conozca al respecto, mejores tratamientos preventivos y alternativos habrá, para que esa experiencia no sea siempre traumática. El vínculo madre-hijo, es el que fundamentalmente se ve afectado, por eso se lo estudiará en la situación de prematurez.

Este trabajo final de integración no es producto de la práctica pre-profesional V, pasantía de residencia, que la Universidad de Palermo tiene como requisito final de la carrera. La misma brinda la posibilidad de elegir entre muchas Instituciones para realizar esta última práctica, lo que permite reflexionar sobre aquellas áreas que realmente podrían ser objeto del futuro desempeño profesional. Es el producto de un interés personal en la temática referida a la prematurez. La presente investigación fue realizada en el 2004, durante la cursada de la materia Metodología de la investigación, donde se realizaron observaciones, entrevistas, en un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires y búsqueda bibliográfica que sustentara la investigación. En este Trabajo Final de Integración se abordará la problemática del vínculo madre-hijo en situación de prematurez.

1.1 Planteo y relevancia del tema a investigar:

La prematurez podría tener efectos sobre el desarrollo vincular madre-bebé ante la inevitable privación del contacto materno directo y constante.

Esta investigación contribuirá a aumentar el conocimiento en cuanto a posibles consecuencias en el vínculo Madre-Hijo en disciplinas como la neonatología, pediatría, la psicología y se beneficiarán también los propios padres.

El resultado de la investigación podría aplicar los conocimientos de la psicología sobre las relaciones vinculares, su importancia en el desarrollo de las personas, e implementar así

programas de prevención y asistencia a padres que estén atravesando esa realidad, la prematuridad de su hijo, y profesionales que trabajen en ese ámbito.

El problema a investigar es la privación del vínculo materno en niños prematuros aislados en Unidades de Terapia Intensiva Neonatales. Este problema se abordará desde una perspectiva psicológica, que contemplará en todo momento, el sostén de este vínculo fundamental.

1.2 Objetivos:

- Investigar qué consecuencias tiene la prematuridad de 28 semanas de gestación, sobre el desarrollo vincular madre-bebé.
- Indagar a profesionales y padres de prematuros en cuanto al vínculo que la madre establece con el bebé en la maternidad de un Hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires.
- Investigar los factores que producen estrés al bebé, y si la presencia de los padres en la UTIN, la interacción mamá-bebé, la crisis emocional de los padres, la información que reciben, producen consecuencias en el vínculo madre-bebé.

1.3 Hipótesis:

A partir de estos antecedentes surge la pregunta que promueve la investigación: La prematuridad ¿tiene consecuencias sobre el desarrollo vincular madre-bebé?

La prematuridad de 28 semanas de gestación, tendrá efectos sobre el desarrollo vincular madre-bebé ante la inevitable privación del contacto materno directo y constante.

2. DESARROLLO

¿Qué es la prematurez?

Ante todo cabe aclarar que prematurez no es anormalidad. Se podría decir que el bebé prematuro es un bebé que ha nacido antes de término, y requiere cuidados especiales, pero esto no le da categoría de anormal. La prematurez implica un riesgo para el bebé y podría producirle algún problema o enfermedad que lo categorice como bebé anormal. Pero en sí el concepto de prematurez no implica, como condición suficiente, la anormalidad (Martínez, 1990).

No obstante, los principales problemas clínicos que se presentan en los bebés prematuros, son: síndrome de insuficiencia respiratoria, hiperbilirrubinemia, inmadurez del sistema nervioso, entre otros.

El neonato es designado como prematuro por su inmadurez estructural, condición en sí patológica de no transcurrir el último trimestre del embarazo dentro del vientre materno.

Tallis (1995), afirma que un niño prematuro, es aquel que en relación con el resto de la población tiene más posibilidades de mostrar deficiencia en el curso de su maduración.

Según el manual para residentes en Neonatología de Perlman & Kirpalani (1992), las edades gestacionales se dividen en:

Pre-término: Bebés de menos de 37 semanas

A término: Bebés de 37 a 42 semanas

Post-término: Bebés de más de 42 semanas (semanas completas desde el primer día del último período menstrual.)

A su vez incluyen nomenclaturas y definiciones sobre el tamaño del bebé:

Adecuado para la edad gestacional

Grande para la edad gestacional

Pequeño para la edad gestacional

Este factor será importante en el momento del nacimiento del bebé, ya que sus chances de sobrevivir estarán en relación directa con el peso que presente.

Perlman & Kirpalani (1992), señalan la prematurez como uno de los factores que predisponen a la depresión neonatal. La depresión neonatal se determina con un Apgar al minuto menor o igual a 6 con evolución neurológica neonatal normal. Se estima incidencias de asfixia severa en

0,5 a 1,5% de los RN vivos, incidencia que es inversamente proporcional al peso y EG al nacer. La asfixia Perinatal es un síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria, cianosis y palidez, secundario a hipoxemia y/o isquemia tisular. Fisiopatológicamente se caracteriza por hipoxemia, la cual implica retención de CO₂ y acidosis metabólica. Ésta es una alteración del equilibrio ácido-básico del cuerpo, que ocasiona acidez excesiva en la sangre, Esta afección usualmente causa por sí sola respiración rápida y también se puede presentar confusión o letargo.

Depresión neonatal:

Apgar al minuto < 6, con evolución neurológica neonatal normal. Se consideran como:

Depresión neonatal leve:

Antecedentes de sufrimiento fetal agudo.

Apgar < a 6 al minuto y mayor o igual a 7 a los 5 min.

ph de cordón >7,18 y EB entre -10 y -14,9.

Asintomático a los 10 minutos.

Depresión neonatal moderada:

A las condiciones anteriores, se agregan:

Apgar < a 6 al minuto y 6 o menos a los 5 minutos.

ph de cordón <7,18 y mayor de 7,0 o EB de - 15 a 19,9

Asintomático a los 10 minutos.

Asfixia (depresión neonatal severa):

Apgar < de 5 que persiste a los 5 min.

ph de cordón < de 7,0 o BE de -20.

Signos de compromiso asfíctico de uno o más órganos (Perlman & Kirpalani 1992)

La puntuación del Apgar y a la correlación con los marcadores bioquímicos de asfixia no siempre es muy fiable en los prematuros según los autores. El puntaje APGAR, diseñado en 1952 por la doctora Virginia Apgar en el Columbia University's Babies Hospital, es un examen rápido que se realiza al primero y quinto minuto inmediatamente después del nacimiento del bebé para determinar su condición física. La proporción se basa en la escala de 1 a 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable y los valores inferiores a 5 indican que el recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente. Este puntaje mide la capacidad del niño para presentar una reacción de alarma, revela un espectro de conductas que predice el funcionamiento futuro. La crítica que se le hace a esta escala es que omite los efectos sutiles de ciertas agresiones, como ser la Hipoxia (deficiencia de oxígeno) y la anestesia dada a la madre (Vega, 2006).

En cuanto a la temperatura corporal normal axilar o abdominal es de 36,5° C y la rectal profunda central es superior en 0,5 - 1,0° C.

Es deseable disponer de un grado de humedad adecuado, ya que reduce las pérdidas de calor por evaporación, especialmente en niños con menos de 30 semanas de gestación.

La temperatura y el grado de humedad deben ser adecuados para el mínimo consumo de oxígeno y/o producción de calor. Así, los prematuros menores a 28 semanas de edad gestacional suelen reaccionar a los cambios en la temperatura ambiental modificando la temperatura de su organismo en vez de consumir oxígeno. La inestabilidad térmica puede deberse a que las reservas de grasa parda son escasas, carencia de oxígeno (insuficiencia respiratoria, asfixia, shock), inmadurez de las respuestas simpáticas y humorales, entre otras. En los niños menores de 28 semanas de gestación, suele ser necesario que la temperatura de la incubadora se aproxime a la temperatura corporal deseada, a veces incluso hasta los 40°C.

2.1 La Experiencia Sensorial del Prematuro

¿Cómo funciona el bebé prematuro frente a los estímulos?

Cada bebé tendrá su forma particular de responder a los estímulos, tanto sociales como ambientales, positivos o negativos. Por lo tanto, es necesario individualizar los cuidados en relación con sus particulares necesidades, para favorecer la organización del desarrollo del Sistema Nervioso Central y Autónomo.

Si estos estímulos fueran positivos, existe la posibilidad que actúen como organizadores de respuestas cada vez más complejas. Es necesario entender a estos bebés para organizar el entorno donde permanecerá hasta alcanzar un óptimo equilibrio fisiológico. Es decir que deberá crecer y desarrollarse en un nuevo ambiente, mediando entre él y este, las primitivas áreas de su cerebro.

Hay que tener en cuenta que hay diferencias en la capacidad de recuperación y el potencial de organización del sistema nervioso central en estos bebés inmaduros y desorganizados. Por lo que es necesario facilitar, y no violentar los ritmos biológicos, para el adecuado equilibrio de sus sistemas vitales. (Tallis, 1995).

Conducta del bebé prematuro:

¿Cómo reacciona ante el medio?

Los bebés prematuros son hipersensibles. Esto nos indica que pueden ser fácilmente sobreestimulados; así es necesario prestar especial atención a sus particulares necesidades para fijar las adecuadas terapéuticas (Aguirre, 1999).

Tallis (1995), explica que el desarrollo neuropsíquico del prematuro difiere del lactante normal, y es preciso conocer más sobre el mismo para diferenciar qué conductas son anormales y cuáles corresponden a etapas fisiológicas del niño. Esto dará la metodología de trabajo para un eventual inicio del tratamiento.

Una teoría de (Als, 1996 citado en Vega, 2006), propone cuatro dimensiones o sistemas de desarrollo que progresivamente deberá ir alcanzando el bebé, interrelacionadas entre sí.

El mantenimiento de la estabilidad fisiológica, que depende del sistema Nervioso Autónomo, posibilitará el desarrollo neuromotor (control motor). Esto facilitará el control de los estados de conciencia. Ello posibilitará la aparición de la respuesta social. Es decir que todo se irá dando en forma dialéctica, progresiva y paulatinamente; donde el núcleo será la estabilidad del Sistema Nervioso Autónomo. Teniendo en cuenta estas fases de organización, será posible proyectar un entorno que permita el desarrollo de cada una de ellas en el momento y en la forma necesaria en cada bebé. Estas cuatro dimensiones son:

1. Estabilidad fisiológica

Significa hallar el equilibrio de los sistemas biológicos, que dependen del correcto funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo. Sin este, no podrían ser posibles las subsiguientes fases de la organización general.

La desestabilización de las funciones vitales, por el exceso de manipulación o el ruido ambiental, serán señales de alarma a considerar para evitar la posibilidad del desarrollo de una patología sobre agregada a causa del stress.

2. Desarrollo Neuromotor

El desarrollo neuromotor del bebé afectará la percepción de la integridad y de la fuerza del niño. Deberá recorrer un proceso para llegar a respuestas organizadas, consumidoras de menos energía.

El reflejo de succión es fundamental tanto para alimentarse como auto consolarse. Un bebé sobre estimulado tendrá cambios en la succión, provocando incoordinaciones. En cambio en un bebé organizado se puede observar una succión buena y rítmica.

En una primera fase el tono muscular y el control de la cabeza están disminuidos; esto dará a los padres la sensación de fragilidad. En general esta sensación es lo que más afecta la interacción entre los padres y el bebé prematuro.

Durante la segunda fase el bebé experimentará bruscos pases de la hipotonía a la hipertonía y viceversa. Los desplazamientos de la cabeza también serán bruscos. Todo esto no es esperado por los padres, por lo que es importante no insistir en el contacto con el bebé si no lo desean, a fin de evitar experiencias que podrían no ser satisfactorias. (Martinez, 1990).

3. Ciclos Despierto - Dormido

Cuando los períodos de despierto - dormido comienzan a ser predecibles es posible organizar sobre esa base las visitas de los padres y los cuidados al bebé pero en las unidades de cuidados intensivos se hace poco posible la estimulación del desarrollo de estos ciclos o ritmos en él, por tratarse de un lugar donde la iluminación y la actividad son constantes.

Habitualmente los cuidados y procedimientos se realizan en horarios prefijados sin tener en cuenta los intentos de sueño del niño. Cualquier estimulación puede producirle sobresaltos que se reiteren, llevándolo progresivamente a mayor inquietud y desorganización.

Así como el sueño del bebé es influido por modificaciones en el ambiente, su capacidad para alcanzar y mantener el estado de despierto y aun mejor el de despierto y alerta, se verá facilitada por apropiadas intervenciones, lo que en muchas oportunidades significará no intervenir. Observando detenidamente las respuestas del bebé será posible definir los niveles de iluminación, sonido, estimulación sensorial e interacción social favorables para cada niño.

Cada uno de estos estados podrá diferenciarse por la respuesta del bebé. A continuación se los describe en forma general:

Despierto:

- los ojos permanecen abiertos pero vidriosos
- el niño no parece enfocar su mirada, como mirando más allá
- su tono corporal es moderado, y da la impresión de ausente
- no responde a las expectativas de interacción de sus padres y con facilidad tal estado puede desvanecerse

Alerta:

- el sueño será prolongado, permitiéndole despertarse espontáneamente
- la interacción con el bebé será muy favorecida si permitimos que sea él quien inicie la secuencia de intercambios
- sus ojos estarán abiertos y la cara tendrá aspecto brillante
- podrá enfocar a la persona u objeto que se aproxime a su campo visual
- el tono muscular aunque moderado, dará la impresión de seguro y su actividad motora será mínima
- Los bruscos estímulos externos no lo desorganizarán, ni producirán cambios de estado. Se sugiere hacer el encuentro desde un ángulo en lugar de la abierta confrontación del rostro. Este momento será óptimo para la comunicación con los padres

Hiperalerta:

- incapacidad para modular sus respuestas
- ansioso o asustado
- su respiración comienza a ser irregular
- tono muscular muy disminuido o por el contrario el bebé está francamente hipertónico, que es un estado que produce un gran consumo energético y que puede rápidamente fatigarlo

puede indicar la finalización o la interrupción de una visita

Llanto:

- durante mucho tiempo un bebé prematuro no llora, comienza a hacerlo cuando está próximo al alta
- los padres sienten que esa ilusión llamada bebé es ya una hermosa y ruidosa realidad

4. Respuesta Emocional y Social

Se produce una buena relación social cuando se establece un sistema de comunicación entre el bebé y sus padres que asegura un fluido intercambio de señales y conductas que comienzan a tener significado. Sus respuestas son diferentes de las esperadas en un recién nacido a término y sus primeros contactos están representados por los cuidados médicos. El mundo tampoco es predecible para el bebé y muchas veces la experiencia es realmente confusa y alarmante.

En el caso del recién nacido a término él y sus padres parecieran estar preprogramados para interactuar. Existe una serie encadenada de conductas del bebé y su madre que, naturalmente, les producen alegría y retroalimentación a los dos; para los padres de un niño prematuro nada está preprogramado y en su relación la creatividad debe ser constante. Los padres sienten que están desarrollando un sistema de comunicación que por el momento es unidireccional desde ellos hacia el bebé y sin respuesta.

Modificando la imagen del bebé, la sensación más importante que los padres comienzan a tener es que ven al bebé parecidos a ellos, hasta entonces para saber cómo estaba el bebé miraban los monitores, ahora buscan la respuesta directamente en su propio hijo, los padres han comenzado

a desarrollar su propio sistema que les permitirá identificar nuevas conductas e interpretarlas antes que nadie

La poca interacción que proponen estos niños no debe ser considerada anormal, sino como una forma de ahorro de energías para conservar su homeostasis. Serán consideradas como conductas de protección, por lo que deberán ser respetadas.

Hay un constructo teórico citado por Vega (2006) que permite comprender el modo en que las personas y sus familias superan crisis o estados persistentes al estrés. Este concepto es el de resiliencia, que es la capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase. La resiliencia familiar requiere ciertas tareas y procesos que si no se llevan adelante aumenta la vulnerabilidad individual y familiar, estos procesos según la autora son:

- Reconocimiento de la pérdida
- Comunicación de la experiencia
- Reorganización del sistema familiar
- Dedicación a otras relaciones y objetivos

Estos aspectos tienen especial relevancia al considerar el alta del RN de alto riesgo, la adecuada evaluación permite que él y sus padres sean activos en el proceso de descubrir las potencialidades evolutivas.

2.2 Cómo Identificar el estrés

Signos Autonómicos y Viscerales según Aguirre (1999)

- convulsiones
- pausas respiratorias, taquipnea
- cambios de coloración, cianosis, moteado generalizado, palidez grisácea
- gasping
- regurgitaciones, hipo
- temblores, estremecimientos, retorcimientos
- estornudos y tos
- bostezos, suspiros

Signos Motores:

- flacidez del tronco
- de las extremidades
- facial
- hipertonia con hiperextensión de piernas (sentado en el aire)
- de brazos (aeroplanos)
- del tronco (opistótonos)
- muecas faciales
- extensión de lengua
- maniobras de protección, mano en la cara
- posición en guardia de boxeador
- hiperflexión
- de tronco y extremidades; posición prenatal
- actividad difusa, excitación, ira

Estados de Conciencia - Signos de stress:

- emisión de sonidos
- muecas
- ojos flotantes
- molesto o lloroso
- mirada fija y perdida
- alerta en pánico, preocupación
- ojos vidriosos
- brusca oscilación del dormir al despertar y viceversa
- irritabilidad y llanto

Objetivos de la UTIN:

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal son áreas donde se implementan terapéuticas que tienen por fundamental objetivo lograr las óptimas condiciones respiratorias, hemodinámicas y metabólicas de los pacientes durante meses.

¿Cómo es el ambiente de la UTIN?

Frente al ambiente que rodea al niño en la UTIN hay dos posturas:

- carenciada
- sobredimensionada

Tallis (1995) indica que hace ya veinte años, en la Academia Americana de Pediatría se alertaba sobre un posible daño acústico por excesivo ruido ambiental, más efectos ototóxicos que algunas drogas utilizadas terapéuticamente.

En las incubadoras hay un ruido continuo de aparatología de alrededor de 50 a 86 db. El oxígeno adiciona 2 db.; y cuando el niño llora la intensidad se eleva de 90 a 100 db., sin considerar otras fuentes de ruido ambiental como por ejemplo voces del personal, radios, etc. Hay que tener en cuenta que el umbral de daño en el adulto oscila entre los 80 db.

Asimismo, menciona que hay investigaciones que indican que el ruido es mayor dentro que fuera de la incubadora.

Long (1980) analiza las fuentes de los estímulos sonoros, aportando contribuciones importantes los monitores, las centrífugas, el teléfono, pero también había incrementos de 70 - 75 db. por cierres de puertas, risas, conversaciones, limpieza, etc. La intensidad de esta polución acústica interfiere con el sueño, y es fuente potencial de hipoxemia en la unidad neonatal tanto para el pretérmino de 28 semanas o menos, en incubadora, como para el que permanece en cuna abierta.

Linn (1992 citado en Tallis, 1995) ha realizado un análisis sobre 280 hs. de observación en una UTIN, la cual registró, y donde concluye señalando que los sonidos que prevalecían eran los combinados de actividad no específica y los mecánicos. En la misma investigación, dice que los niveles de luz tienden a ser más altos de lo aconsejable para el establecimiento de un ritmo de sueño.

Perlman & Kirpalani (1992) describen en su Manual para residentes en Neonatología las posibles secuelas que puede sufrir un bebé en condiciones ambientales inadecuadas:

- aumento de las necesidades de oxígeno
- aumento de las necesidades calóricas
- colapso cardiovascular
- hipoglucemia o hiperglucemia
- acidosis metabólica
- episodios apnéicos
- aumento de las necesidades hídricas
- crecimiento inadecuado
- posible aumento de la vulnerabilidad a las infecciones

Respecto de los bebés en incubadora, Fridman (1996) opina que el feto cuando está en el útero, puede percibir vibraciones sonoras de distinto tipo y fuente, que pueden ser internas o externas. Las internas responden a los latidos cardíacos de la madre y del propio corazón, los ruidos intestinales, la circulación sanguínea. Las fuentes externas provienen del medio: las voces, el ruido ambiente, música, el ruido de la calle. Todos estos sonidos resultan familiares pero estando en la incubadora además de no contar con el ambiente sonoro habitual, el bebé cuenta con los ruidos de la misma.

La música sería otra forma de encuentro con el bebé en la incubadora. La música permite expresar sentimientos que no pueden ser verbalizados. No olvidemos que los padres también están traumatizados ante esta situación, y que serán parte importante del tratamiento que se pretenderá llevar adelante.

El Dr. Benenson (1985) enfoca el estudio de la psicología profunda de la música a través del desarrollo del ser humano, parte de la hipótesis de que desde el preciso momento en que el óvulo se une al espermatozoide y anida en el útero para ir gestando el nuevo ser, este ya se encuentra en contacto con las pulsaciones del latido cardíaco, y con innumerables sensaciones vibratorias de movimiento y sonido dadas por el crujir de las paredes uterinas, con los ruidos intestinales de la madre, con la respiración, por los diferentes estados gravitacionales, etc. A medida que el feto se desarrolla, va adquiriendo la sensación de la importancia de ese latido, que siente en todo su cuerpo y que de alguna manera percibe como esencial para su vida. Toda alteración en el suministro de sangre por el cordón umbilical provoca estado de estrés o de

alarma fetal o sea que el incremento del instinto de vida o de muerte estaría en estrecha relación con los latidos cardíacos que impulsan el flujo sanguíneo, desde la madre al feto.

El Dr. Benenzon (1985) aclara que otros sonidos, como los de la inspiración o expiración de la madre y fenómenos vocales que le llegan al feto, también podrían influir y asociarse a las alteraciones antedichas.

Fontana y Loschi, (1990 citado en Grus & Grus, 1992) plantean que el acunamiento materno que permite que el bebé se calme, o que lo induce al sueño, sería la consecuencia de lo que se generó de la conjunción de la percepción acústica, la sensación de movimiento y vibraciones que despertaron sensaciones en el cuerpo fetal.

Vega (2006) menciona que el RN en UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) comienza la adaptación a su vida extrauterina en un entorno lleno de sonidos, alta iluminación, y movimientos. Por todo esto los bebés presentan alteraciones en el sueño, llanto, conducta, tanto durante como después del alta. El RN busca un eje organizador a través del reconocimiento de sus propios límites corporales, necesidades de alimentación, oxigenación, descanso, etc. El fenómeno intersubjetivo en el RN prematuro se da entre el bebé y la función que comparten sus padres y el equipo que lo asiste y muchas veces esa función es delegada al equipo. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres, según la experiencia piloto llevada a cabo en el hospital Garrahan por (Vega, 2006) son:

- El estrés es el resultado de la atribución y evaluación que cada sujeto hace.
- Existe una diversidad de estrategias de afrontamiento que resultan útiles a las familias para reducir el estrés

2.3 EL BEBÉ Y LAS MANOS QUE LO CUIDAN

La influencia del personal de enfermería juega un papel determinante en la percepción de las respuestas del prematuro, pueden identificar las respuestas específicas que determinan la interacción entre el bebé y el medio.

La planta de enfermería es la encargada, directa o indirectamente de ayudar a los padres en la tarea de reconocer los progresos del bebé, en un momento en que no se registran modificaciones en los monitores, el peso y la comunicación. Todo esto permitirá establecer de forma gradual el vínculo cada vez más firmemente.

A su vez, la posibilidad de observar en forma permanente, les permite intervenir en el planteo de cambios en la rutina de cuidados para proteger al bebé de posibles situaciones de estrés e ir ajustando estos cuidados a los resultados que se obtienen. Es decir, este grupo de estrategias de atención apuntará a ser individualizado, con el objetivo de realizar las intervenciones pertinentes. Se trata de un entorno emocional particular. Es un entorno emocional confuso e impredecible que será más homogéneo cuando esas manos que tocan sean las de sus padres.

Tantos los padres como el personal de enfermería y médico suelen estar bajo presiones y emociones que se manifestarán en la forma de tocar al bebé (Tallis, 1995).

Al caos emocional y la sofisticación técnica se suman las rígidas rutinas y normas de las unidades de cuidado intensivo.

El personal de la UCIN recibe un bebé a medio terminar y allí se juega su destino. La tarea exige un alto grado de tolerancia a distintos frentes que el equipo enfrenta para que las cosas salgan adelante, tales como: los padres, las propias expectativas y las de los otros colegas.

El personal de enfermería es el principal informante en lo cotidiano a los padres. Durante la internación informan sobre el estado del bebé y transmiten confianza a los padres. Los ayudan a adquirir las herramientas necesarias para cuidar y acompañar a su hijo por medio del vínculo que establecen con el equipo, logrando resolver las competencias entre ambos (Vega, 2006).

2.4 La Estimulación temprana en prematuros

2.4.1 Definición:

Coriat (1974) plantea que la estimulación es una técnica para ayudar al niño con problemas del desarrollo a superar estos trastornos o a moderar sus efectos. Como no hablamos de objetos, no se trata de reparar el sistema nervioso o colocar información en su lugar como se haría en una biblioteca. Se trata de ofrecerle al niño la posibilidad de recuperar o construir su lugar como persona.

Se considera que hay que tener claro el estímulo que debe darse, el momento, el grado y la calidad, deben darse con base y técnicas científicas basadas en el conocimiento del desarrollo del bebé normal.

2.4.2 ¿Estimular sí o no?

Hay investigaciones realizadas por Tallis (1995) sobre si estimular o no al bebé pretérmino una vez que ha sorteado sus primeros días de riesgo vital, extendiéndose su internación con el fin de que alcance un peso y funcionamiento adecuados para ser llevado a su hogar.

Según este autor hay distintas posiciones al respecto de la estimulación en este período de internación en Unidades de Terapia Intensiva (UTIN), basadas en tres hipótesis, a saber:

- imitar el ambiente intrauterino
- incrementar los escasos estímulos de la UTIN
- emular lo que el bebé recibiría en su hogar

En el primer caso se han hecho experiencias introduciendo distintas variables como la voz materna, latidos cardíacos de la madre, música, camas de agua; pero ha este tipo de variables se les ha encontrado debilidades en cuanto a lo metodológico. Tallis (1995) menciona las observaciones de Als (1996 citado en Vega, 2006) que no acuerdan con esta recreación del ambiente intrauterino ya que es imposible lograrlo, salvo parcialmente y además porque el bebé pretérmino es distinto del bebé en gesta por lo tanto son diferentes sus respuestas.

Estas descripciones de observaciones continuas de la ecología del bebé en la UTIN nos hacen suponer que lejos de ser carente de estímulos, hay en ella un bombardeo continuo sobre un sistema nervioso inmaduro, con efectos potencialmente nocivos.

2.4.3 Pronósticos

Los pronósticos han cambiado de expectativas en los últimos años, debido a los avances de la asistencia tecnológica en la UTIN. Los médicos se centran no sólo en evitar posibles secuelas mayores, sino también en las pequeñas disfunciones posibles en el curso del desarrollo, alteraciones cognitivas, del lenguaje o desempeño escolar futuro.

Tallis (1995), explica que tratan de establecer los factores que determinan dichas disfunciones. Dentro de los objetivos, ubican al peso como un factor emocional y social que puede sumar riesgo al factor biológico en juego.

Tallis (1995) sostiene que el rol del equipo profesional se ubica en el lugar de la prevención, tanto en la UTIN como en el alta posterior. Igualmente esto estará sujeto a la opinión de un pediatra - neurólogo.

Incumbencia de la Psicología:

El parto es un momento fundamental para la organización de la diada madre-hijo.

En el parto se producen dos acontecimientos Grus & Grus (1992)

- La ruptura del vínculo materno (simbiótico).
- La vivencia narcisista y dolorosa de la separación tanto para el bebé como para su mamá.

2.4.4 Luego del parto:

¿Qué se espera después del parto inesperado?

¿Qué se siente al perder la panza que aun es tiempo de tener?

¿Qué fantasmas surgen al no saber si se tiene o no un hijo al cual todavía se vivencia dentro del propio ser de la madre?

Estos interrogantes están sujetos a variables que están en relación directa con cada mamá y bebé en particular.

La madre tiene la función de sostén del bebé. Un bebé que necesitará al mismo tiempo de aparatología especial, profesionales especializados, de la propia competencia para sobrevivir, y por lo tanto la mamá tendrá sus brazos llenos de un vacío inesperado, incomprensible, que se tramitará si su bebé logra superar ese primer caos organizacional, para que luego ella y su bebé recobren la función perdida tempranamente.

Esta madre, ante la pérdida del vientre temprana, comienza a atravesar un duelo. Esta palabra que deriva: por un lado de duellum, vellum, y a su vez tiene estrecha relación con duo = dos. Esto explica una doble significación: que cuando hablamos de duelo, estamos ante la presencia de un vínculo, y que este vínculo y su resolución son dolorosos. Resolver, necesariamente introduce la dimensión del tiempo y un proceso psicológico que se pone en marcha por la pérdida del objeto amado. (Grus & Grus, 1992) .

En el mejor de los casos, la relación de la madre con los objetos internos se debilita y entonces es capaz de establecer vínculos con objetos del mundo externo que había abandonado y finalmente puede conectarse con otros nuevos. (Grus & Grus, 1992).

Los autores Fontana & Loschi (1990 citado en Grus & Grus, 1992) señalan que la música podría anular la sensación de soledad o desprotección del bebé, tomando la música como la elaboración creadora de los ritmos primitivos embrionarios fetales. Esta experiencia reproducirá la situación vital de unión prenatal con la madre.

Los padres y madres de bebés internados en la UCIN padecen por algo que no entienden porque les pasó a ellos, creen que algo no estuvo bien en lo que hicieron (Vega, 2006). La búsqueda de una explicación podría ser una estrategia para afrontar el dolor inexplicable de un evento vivido como amenazante, en este caso la prematurez de 28 semanas de gestación de un hijo. Evaluar los propios recursos de la familia permitirá el desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento, observándose así variaciones en los sistemas de respuesta. Un posible abordaje podría ser la reorganización en el funcionamiento familiar frente a la prematurez. Esta reorganización se trabaja desde la aceptación de la situación, identidad familiar, visión del mundo de la familia, sucesos de vida familiar (Vega, 2006). Cada persona tiene sus propios recursos y organiza su dolor de forma particular. Éste es una representación mental y una experiencia afectiva. Las intervenciones que se realicen dependerán del análisis de las circunstancias que rodean al dolor (Fernández-Alvarez 1997).

3. LA FAMILIA:

Sabemos que el nacimiento de un hijo con algún tipo de patología podrá infringir una herida narcisista para la madre. Existen muchas posiciones a la que una madre puede recurrir según su historia.

Las que más se observan según Kanner (1985) son:

- La sobreprotección: el niño viene a ocupar un lugar ideal en la vida de la mamá, el hijo dependerá siempre de ella, no se irá nunca, estará siempre a su lado. Quizás exista la posibilidad en el mejor de los casos, de llevarlo a terapia, pero de ahí a desprenderse deberán cambiar muchas cosas.

- La aceptación de esta situación: es otra posibilidad en la que habrá un desprendimiento verdadero de este hijo, al que se le dará la posibilidad de ser un sujeto, con esta base cualquier terapia será eficaz.

3.1 La actitud de los padres

Kanner (1985) opina que se puede ayudar a los padres a expresar, reconocer y hasta modificar sus actitudes, para beneficio mutuo de ellos y sus hijos. Debe abstenerse de condenar las conductas de las madres y es perjudicial, el solo hecho de decir a una madre que ella rechaza a su hijo, o que lo protege exageradamente. Las actitudes nocivas de los padres, entre ellas la sobreprotección, la no aceptación de la situación, tienen un desarrollo dinámico, son expresiones de sus problemas afectivos, y pueden ser modificadas con medidas terapéuticas.

Las actitudes dependen en forma intrincada de las proyecciones y las identificaciones de toda la vida. ¿Qué le pasa a los padres frente al bebé prematuro? ¿Serán conscientes que se han transformado en padres prematuros? La angustia sobreviene porque hay una distancia entre el Ideal y lo Real. En este caso, entre lo que tengo y lo que quisiera tener. Lo Ideal es lo que se aspira a ser o a tener (Kanner, 1985). Para que haya ideales se tiene que contar con 2 cosas fundamentales: el deseo y la conciencia moral (Superyo). Lo que sostiene al Ideal es la identificación (Kanner, 1985). La identificación” es el proceso psicológico mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones” (Laplanche & Pontalis, 1996, p.184).

El parto prematuro es un momento de crisis en el que hay mucho puesto en juego. La crisis es una ruptura en el balance entre la frustración y la gratificación, tiempo de cambios significativos en el período del equilibrio interno. (Kanner, 1985)

Como consecuencia, las crisis pueden derivar al individuo hacia la salud (reestructuración, el individuo cambia la visión de su mundo) o hacia la enfermedad (desadaptación, detención del desarrollo, formación de síntomas). En el caso de estos padres, pueden correr el riesgo, frente a la formación de un síntoma como el desarrollo una actitud sobreprotectora, la imposibilidad de decodificar la demanda del bebé, rechazarlo, etc. Los síntomas son una salida de la crisis, pero una salida no exitosa. Hay variables de estancamiento, repetición, y rigidez en la adaptación.

Es una transacción entre el impulso y la defensa, transformando la angustia en un síntoma (Kanner, 1985).

Los mecanismos de defensa son los recursos de que se sirve el Yo en sus conflictos y puede adoptar formas tanto patológicas como normales. El Yo es la sede de la angustia e instrumenta una serie de mecanismos de defensa, que son inconscientes para evitarla.

3.2 Función de la familia

3.2.1 Como institución

La familia juega aquí un papel fundamental ya que es la institución más importante de la sociedad. El lugar que se le dé al prematuro en la familia marcará el modelo del cual nacerán sus futuras relaciones.

Frente al nacimiento de un bebé prematuro se configura una ruptura en la homeostasis familiar. La madre debe permanecer junto al bebé y en general el padre se alterna su trabajo con el acompañamiento a la mamá, organización con la casa y los otros hijos si los hubiera (Herman & Villavella, 2000).

3.2.2 Como grupo:

En la familia como grupo se juega el sentido de pertenencia y de la responsabilidad. Este será el ambiente óptimo para el desarrollo de la personalidad y el afianzamiento del individuo.

La presencia de todo el grupo familiar primario contribuye a la elaboración de una herida narcisista en el ideal parental. Los padres están allí para cuidar a un hermano que los necesita y sus hermanos ven y comprenden lo que sucede. La presencia de hermanos y abuelos en la UTIN favorece a la integración de la familia a la que el bebé va pertenecer luego del alta.

El nacimiento de un bebé prematuro es una situación de crisis para el grupo familiar primario. Es necesario que el equipo ayude a esa familia a poner en palabras sus temores, a relacionarse con ese bebé prematuro y que se transformen en participantes activos, rescatando la mirada y el saber que vayan construyendo con sus hijos. En la medida que los padres comprendan el suceso del parto prematuro, podrán no fijar a su hijo como el bebé víctima, o enfermo y establecer así las relaciones que los formen como grupo familiar (Larguía, Lomuto & gonzalez,2006).

3.3 Los padres en la UTIN

La madre ve bruscamente interrumpido su embarazo, percibe una fractura en el vínculo con su hijo. Esta situación inesperada los toma por sorpresa, tanto a la madre como al padre, en un ambiente completamente ajeno, y sin saber como jugar su rol en esta lucha que ha comenzado. Tallis (1995) sostiene que es habitual el duelo anticipado, lo que puede producir una parálisis operativa, o por el contrario una intensa demanda al equipo de asistencia. Esto no será sin consecuencias para que se establezca la constitución diádica posterior, en la cual tendrá grandes implicancias.

Entrarán a jugar así distintas variables como: el hecho que el niño no emite señales que los padres puedan decodificar, no saben cuál es la demanda, la mímica afectiva es pobre, el llanto débil, tiene prolongados períodos de sueño, no puede ser alimentado de la manera habitual para cualquier bebé y todo esto sin contar con historias personales y características psicológicas de los padres, previas al suceso.

Es posible que aparezcan situaciones de rechazo y temor ante la posibilidad del contacto real, que pueden prolongarse posteriormente. Esto podrá deberse al impacto no elaborado que implica el suceso, o por otra parte, la posibilidad de que siendo distintas de las conductas de un niño “normal”, no sepan cómo dirigirse hacia él. Es muy importante no confundir el temor con el desinterés que se pueda aparentar.

Qué complicado debe ser para estos padres reconocerse en este bebé. El padre es posible que permanezca fuera de la UTIN, ejerciendo un lugar de sostén de la madre. Tallis (1995) opina que operarán más adecuadamente en su rol una vez recuperada la confianza en sí mismos.

3.4 Relación madre hijo:

Ante el nacimiento de un hijo, Winnicott (1993) dice que puede observarse que las madres tienen un sentido de responsabilidad frente a él, es decir, están comprometidas de un modo

especial. Ellas se encargan de sostener al bebé, rol en el que se desempeñarán junto con el padre, con quien compartirán esa gran responsabilidad, en el mejor de los casos.

Winnicott (1993) plantea que así, el sostener a un bebé es una tarea especializada y que hay muchas formas de intimidad entre una madre y su hijo.

La salud mental está determinada por la madre, quien proporciona un ambiente facilitador para que el bebé pueda crecer, interactuar con lo que lo rodea y desarrollarse.

Agrega que trata que los médicos y las enfermeras entiendan que aunque son necesarios cuando las cosas no marchan bien en el aspecto físico, no son especialistas en cuestiones de intimidad la que tienen una importancia vital tanto para la mamá como para el bebé.

Lo que la madre necesita fundamentalmente, es un suministro ambiental que aumente la confianza en sí misma. Ella desarrolla un estado que (Winnicott, 1993) denomina “preocupación maternal primaria”. Explica que esto significa que la madre tiene una impresionante capacidad para identificarse con el bebé, lo cual le permite satisfacer las necesidades básicas de éste en una forma que ninguna máquina puede imitar.

La maternidad reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, la madre del bebé debe pasar por una serie de fases de desarrollo, donde confronta nuevos desafíos valiéndose de sus propios recursos, internos y externos. La maternidad representa entonces una crisis evolutiva debido a su historia personal, su personalidad, situación presente, características del bebé y la ubicación del bebé en esa familia (Oberman, 1995).

3.5 El contacto como sostén del vínculo madre-hijo:

Según Alexander (1976) el contacto es la toma de conciencia del soporte material con el objeto. Tomar contacto con el objeto es ir hacia él, comunicarse, estar en equilibrio con el exterior. El contacto puede establecerse no sólo a través del cuerpo, es el sensorio, la percepción la que nos permite estar en contacto con el medio externo, el que nos permite saber del otro.

La percepción sensorial nos señala algo que existe, el pensamiento nos dice lo que es, el sentimiento nos dice de dónde viene y hacia dónde va (Alexander, 1976).

El contacto a través del cuerpo deja una marca en el orden de lo real, y a través de la percepción se deja una huella en lo simbólico de lo referente al medio externo.

El cuerpo se experimenta por la mediación de la experiencia corporal con el prójimo. Así, se atribuye a la función tónica el establecimiento de las primeras relaciones afectivas con el ambiente.

La función tónica que presta base a la función postural habla de dos tipos de posturas: por un lado la receptividad o asimilación y por el otro la acción ejercida sobre los demás, la operatividad. La función tónico - postural es para el niño pequeño la función de comunicación esencial, una función de intercambio mediante la cual el niño da y recibe.

Este, se establece en el nivel del cuerpo, en su dinamismo tónico y mucho antes de que todo diálogo verbal aparezca, un diálogo del niño con las personas que lo rodean, un diálogo tónico. Es a través de este diálogo tónico, del contacto madre - hijo, como ese bebé irá transitando las distintas etapas de la organización de la libido.

Allí, entrará el contacto en las zonas privilegiadas según la etapa a la que nos remitamos, estableciéndose como zonas erógenas. En un principio, estas servían como sustento de una función orgánica y, que ante el contacto y la consecuente obtención de placer, se van produciendo marcas en el cuerpo simbólico de ese bebé.

Así es como estos primeros contactos determinarán las futuras elecciones de contacto del adulto. En la diversidad de contactos transitados está la elección (Alexander, 1976).

No hay abordaje ni cura exitosa que se dirija solamente al cuerpo del bebé se contempla el contacto piel a piel, es de vital importancia promover el contacto entre la madre y el bebé. En un primer momento el equipo médico tiene una función de cuidadores del bebé para que luego sus padres puedan cumplirla (Larguía, Lomuto & Gonzalez, 2006).

Con respecto a los objetos utilizados, según Pellizzari (1993) podemos decir que actúan como mediadores de contacto. Intercalado entre dos cuerpos, el objeto llena el espacio que los separa. La voz, la mirada y los objetos son mediadores de comunicación. La voz, es el espacio intermediario que manifiesta la representación presencia - ausencia. Es el límite entre el cuerpo y el discurso. La proyección de la voz juega un papel muy importante ya que en principio, la voz es del otro. Poner en juego la voz supone convocar a otros.

La desilusión es la caída de un objeto ideal, produce un resto y este es la causa de la voz.

Por el contrario el silencio es ausencia. El silencio nos envuelve se nos pega al cuerpo, pues es la reducción del yo a su dimensión corporal (Pellizzari, 1993).

La díada madre- hijo es el germen de las relaciones sociales, para Freud (1980 citado en Oiberman, 1995) la relación madre- hijo era una masa de a dos. La comunicación madre- hijo es heterogénea y desigual, muchas veces el bebé se expresa con una modalidad somática y su mamá con una modalidad predominantemente psicológica. Para spitz (1969 citado en Oiberman, 1995), esta díada se sirve de una comunicación no verbal: miradas, tacto, sonrisas, la manera de sostener, de ser sostenido, todo esto forma parte de un sistema comunicacional. Esta comunicación madre- hijo, está basada en la percepción extrasensorial o casi telepática. Por esto es que no hay una metodología de abordaje científica para estos intercambios, sino tantas como madres e hijos hay. La comunicación es todo aquello que acontece cotidianamente entre la madre y su hijo y la relación o vínculo es aquello se establece entre ambos, abarcando a la comunicación (Oiberman, 1995).

4 METODOLOGÍA:

4.1 Tipo de estudio:

Exploratorio, descriptivo. No probabilístico, intencional.

4.2 Tipo de diseño:

No experimental, transeccional descriptivo.

4.3 Muestra:

Ingresa a la muestra profesionales que trabajan con prematuros de 28 semanas de gestación de un Hospital Privado de la Ciudad de Buenos Aires.

4.4 Instrumentos de recolección de datos:

Entrevista no estructurada a neonatólogos, pediatras, enfermeras y padres de niños con prematuridad de 28 semanas.

Se realizará una entrevista no estructurada a padres, neonatólogos, enfermeras, y pediatras que trabajen en la unidad de cuidados intensivos neonatales con prematuros. Se recaba información a través de la entrevista para indagar a los profesionales acerca de su opinión sobre la

incorporación del psicólogo al equipo y se entrevista a padres de prematuros de 28 semanas de gestación.

La entrevista no estructurada permite recabar mayor información, posibilitando un diálogo fluido al entrevistar a distintos profesionales y familiares, necesitando distinto tipo de preguntas, temas y obtener así, distintos tipos de información.

4.5 Análisis de los resultados

Ante el desarrollo de los datos obtenidos que surgen de la investigación, considero que se ha verificado en forma parcial la hipótesis. Los datos obtenidos en la investigación no se consideran ni generalizables ni concluyentes, debido al reducido tamaño de la muestra.

De las entrevistas surgen datos tales como:

- que el bebé escucha dentro y fuera de la panza, esto se observa cuando cambia su frecuencia cardíaca
- Perciben el tacto, esto se observa cuando su mamá lo toca el bebé se queda quieto
- El ruido de la UTIN es perjudicial y constante para el bebé, por eso luego del alta se le realiza un seguimiento de potenciales evocados para detectar deterioro
- En la UTIN no se respetan tiempos de vigilia y descanso, esto desorganiza el sistema hormonal del bebé
- La propuesta de abordaje desde lo sonoro vincular resulta novedosa para los profesionales y padres entrevistados.

5. CONCLUSIONES

Se realiza un punteo de aquellas conclusiones que describen tanto la prematuridad como: el vínculo madre-hijo en la prematuridad de 28 semanas de gestación, intervenciones de los profesionales, de la familia del prematuro y otros aspectos relevantes de esta investigación.

Algunos de ellos son:

- No hay abordaje ni cura exitosa que se dirija solamente al cuerpo del bebé se contempla el contacto piel a piel. (Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)
- Los bebés prematuros no son concebidos solo como objetos de prácticas médicas, son sujetos portadores de un nombre y una familia. (Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)
- Las intervenciones médicas y del equipo en general, tienen incidencias en el desarrollo singular de cada prematuro. (Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)
- En la medida que los padres comprendan el suceso del parto prematuro, podrán no fijar a su hijo como el bebé víctima, o enfermo y establecer así las relaciones que los formen como grupo familiar. (Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)
- El equipo de salud cumple una función de cuidadores para luego los padres puedan ser los padres de sus hijos (Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)
- La presencia de hermanos y abuelos en la UTIN favorece a la integración de la familia a la que el bebé va pertenecer luego del alta. (Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)
- No hay familias uniformes cada familia es particular, tiene procesos identificatorios diversos y que la prematuridad de un hijo podría representar una herida narcisista para sus padres. (Vega, 2006)
- La comunicación tiene que ser clara, sencilla, y corroborar que lo transmitido ha sido entendido. (Oiberman, 1995).
- el bebé prematuro no es un bebé con patología aun cuando tenga chances de desarrollarlas (Martinez, 1990).
- prevenir es hacer lugar, dar lugar a los padres y a la pregunta sobre qué les pasa, el rol profesional se ubica en la prevención (Tallis, 1995)

- la estimulación temprana no es un abordaje adecuado para estas de situaciones, ya que las UTIN son lugares sobreestimuladores a los que ellos deben adaptarse (Tallis, 1995)
- El excesivo ruido ambiental puede producir un posible daño acústico (Tallis, 1995)
- La falta del medio necesario para el desarrollo del bebé hará su crecimiento dificultoso y podría tener consecuencias sobre el desarrollo de su Sistema Nervioso.(Tallis, 1995)
- También se verá afectado en sus aspectos inmunológico y psicológico ante la inevitable privación del contacto materno directo y constante.(Larguía, Lomuto&Gonzalez, 2006)

A continuación se propone un replanteo de la hipótesis, dejando abierta la investigación:

La adecuada ambientación sonora podrá ser, al menos en parte, el sostén del vínculo madre – hijo que se ha visto interferido ante un alumbramiento prematuro. Todo esto favorecerá el estado biológico e inmunológico del niño. El feto cuando está en el útero puede percibir vibraciones sonoras, la música podrá ser otra forma de encontrarse con el bebé en la UTIN. La música permite expresar sentimientos no verbalizados (Fridman, 1996).

Propuesta de abordaje terapéutico:

Introducción

Es con los padres que se presentará la oportunidad de un trabajo en prevención de la salud. Lo cierto es que hay un bebé en riesgo de desarrollar alguna alteración, ante lo cual los padres y el equipo interdisciplinario deberán estar atentos a la evolución del bebé.

El concepto de resiliencia se vincula con la capacidad sanadora de las emociones positivas, tales como la sonrisa, el buen humor. Se relaciona con posibilidad de protegerse a sí mismo mediante experiencias que convencen al sujeto de que sus esfuerzos son fructífero (Seligman, 1981). La resiliencia familiar requiere ciertas tareas y procesos que si no se llevan a cabo, aumentan la vulnerabilidad familiar e individual. Estos procesos son:

- 1-El reconocimiento de la pérdida
- 2-La comunicación de la experiencia

3-Reorganización del sistema familiar

4-dedicación a otras relaciones y objetivos (Vega, 2006)

Articulando las conclusiones, surge un proyecto de trabajo:

Presentación del proyecto

Población: Padres y bebés prematuros

Institución: Hospital Público o Privado

El dispositivo planteado se divide en dos:

- 1) Sostén y Acompañamiento sonoro- vincular en el contacto piel a piel
- 2) Taller de acompañamiento para padres

1) Sostén y Acompañamiento desde lo sonoro – vincular en el contacto piel a piel

La propuesta en primera instancia apunta al establecimiento de una comunicación afectiva a través de los sonidos conocidos, familiares, para el bebé. Se busca una vinculación a través de la escucha, que recree el lazo perdido tempranamente. Estos sonidos no tienen que ser necesariamente sólo sonidos; en la medida en que el vínculo madre hijo se desarrolle, crezca, tome particulares características, tomarán diferentes formas de comunicación favoreciendo el contacto piel a piel. Comunicar proviene de “munus” en latín significa “función, servicio público”. Se considera comunicación madre-bebé al conjunto de fenómenos dinámicos que se desarrollan en un tiempo entre ambos. Así el bebé, día a día, adquiere nuevas capacidades sensoriales y motoras como respuesta a la transacción comunicacional en la díada madre-hijo (Oberman, 2001). Spitz (1973) fue uno de los pioneros en estudiar la comunicación en la díada madre-bebé. Ésta díada se sirve, fundamentalmente, de un diálogo no verbal.

Podrá surgir la necesidad de hacer una canción particular por parte de la madre para su bebé y facilitar la aproximación entre ambos. El tono de voz de la mamá, el diálogo vocal, los gritos, expresan afecto y acortan la distancia entre la díada. (Stern, 1978).

Los autores Fontana & Loschi (1990 citado en Grus & Grus, 1992) señalan que la música podría anular la sensación de soledad o desprotección del bebé, tomando la música como la

elaboración creadora de los ritmos primitivos embrionarios fetales. Esta experiencia reproducirá la situación vital de unión prenatal con la madre.

Propuesta:

La propuesta consiste en:

- una observación detallada de la conducta del bebé en particular en la UTIN
- la recolección de los datos del bebé a través de los padres (ficha)
- planteo del conjunto de estrategias en base a los datos obtenidos

La idea es continuar con la lógica que la UTIN ya maneja, la asepsia. Pero ésta se planteará en el orden de lo vincular. Es decir que, ante la presencia de tanto estímulo y la ausencia de posibilidad del establecimiento del vínculo madre hijo, se utilizará un estímulo sensorial de alguna índole que sea representativo de la Madre, no verbal, ya que el tono de voz de la mamá, el diálogo vocal, los gritos, expresan afecto y acortan la distancia entre la diada completando el contacto piel a piel (Stern, 1978).

Objetivos

- vehicularizar el establecimiento del vínculo Madre – Hijo a través de emisiones vocales, acompañamiento del contacto piel a piel, escucha del ritmo cardíaco de la madre, etc. ya que en esta diada no hay espacio para una tercer persona: El profesional.
- objetivar el trabajo a través de reuniones en equipo interdisciplinario
- moderar la posible sobrestimulación que la UTIN puede provocar al prematuro a través del contacto piel a piel, vocalizaciones de la mamá al bebé, escucha de los latidos cardíacos de la mamá mientras se contactan piel a piel.

Ficha terapéutica:

- Fecha de nacimiento del bebé
- Fecha prevista de parto
- Contexto en el que sucedió el alumbramiento

- Datos generales:
 - Nombre y apellido del bebé
 - Estado general al nacer/ actual
 - Peso al nacer/ actual
 - Largo al nacer/ actual
 - Tiempo de gestación
- ¿Cómo curso el embarazo?
- Antecedentes familiares de enfermedades hereditarias y/o infecciosas
- ¿Ante qué estímulos reaccionaba?
- ¿Cuál era la relación madre - panza?
- ¿Cuál era la relación padre - panza?
- ¿Cómo es el contacto con la UTIN?
- ¿Qué acepta el bebé o qué rechaza de los sonidos de la UTIN?
- ¿Cómo es el acercamiento de los padres hacia la música?

(esta ficha se ha diseñado sin testear su eficacia, por ello estará sujeta a modificaciones al momento de la implementación)

Abordaje:

- 1er. Etapa: etapa crítica en la que el único sostén será la vinculación - sonora madre – hijo en el contacto piel a piel.

Aplicación del estudio BERA (estudio, electrofisiológico para detectar el nivel de audición, es una audiometría por respuestas evocadas del tronco encefálico). Características: atraumático, confiable, no influenciado por estados de vigilia o medicación suministrada.

El campo se establece entre el electrodo ubicado en el lóbulo de la oreja o en el mastoide y el otro en el vértex. La habitación debe ser sonoamortiguada y el estímulo sonoro puede ser suministrado por teléfonos especiales, estimulando un oído en particular, enmascarando al otro con ruido blanco. Aplicación del Bera: diagnóstico de umbrales de audibilidad, de maduración de la vía auditiva, de lesiones otoneurológicas, de muerte cerebral.

Esto dará el umbral de audición a partir del que se trabajará. Esto permitirá la individualización de las estrategias para el lograr la vinculación - sonora (madre - hijo)

- 2da. Etapa: se propiciará, una vez que haya una mínima estabilidad fisiológica, el contacto piel a piel y olfativo con la madre, como una forma de propiciar el vínculo. Será una etapa de reconocimiento y presencia, evitando la sobrestimulación.
- 3ra. Etapa: centrada en la decodificación de qué es lo que prefiere, rechaza o le es indiferente al bebé. Esto ayudará a la madre a ocupar su lugar, sostenida, acompañada en el taller, donde además podrá canalizar los miedos y evitar situaciones de sobreprotección.

2) Taller para Padres

Encuadre: Encuentros 1 vez por semana

Duración: Hasta el alta o hasta el fallecimiento del bebé

Objetivos

- Valorar la expresión, la participación y la creatividad como punto de partida para el planteo de problemas o conflictos que se puedan generar en el grupo familiar (entre padres, hermanos, etc.)
- Generar un espacio para consultas
- Constituir una trama de relaciones interpersonales en un espacio donde se expresen los intereses y aspiraciones de los padres
- Espacio de apertura para producir nuevos recursos como forma de participación activa de los padres, en la vinculación con sus hijos
- Afianzar la identidad a través de la creatividad en un espacio compartido que les permita escuchar y dialogar y ser escuchado y valorado
- Promover la participación activa y la reflexión, ya que entender y conocer, es una forma de descubrir de qué se trata la angustia

Temas a tratar:

- crisis
- reconocimiento de la pérdida temprana del vientre
- comunicación de experiencias personales al grupo
- la familia: matriz básica de formación vínculos, modos de reorganización del sistema familiar
- dedicación a otras relaciones y objetivos
- constitución de un perfil grupal
- reencuentro con la historia musical que han tenido
- armado de un cancionero grupal con letras y estilos musicales sugeridos por los participantes con canciones de cuna
- armar clases informativas acerca de temas les sean útiles
- liberar emociones retenidas a través de golpes, gritos, cantos y ruidos, para luego trabajar desde lo cognitivo el tipo de creencias que tienen, ideas recurrentes, etc.
- y todas aquellas propuestas que surjan desde los participantes

Fundamentación teórica y desarrollo del taller

Se eligió la modalidad de taller porque permite promover la actividad creadora, social, desarrollar vínculos, el placer de hacer, escuchar música y relatos de otras familias que viven una situación similar, desarrollo personal, de la confianza, el respeto, brindar información, mediante un abordaje diferente que baje las defensas de los padres y así surjan la palabra y los recursos para que los padres puedan enfrentar la problemática que tienen, la prematurez de un hijo. Tomando para ello el concepto de resiliencia, vinculado a la sanación a través de emociones positivas como la risa y el buen humor de Seligman (1990).

Primero se trabajará con la emisión vocal y el grito como explosión catártica, la emisión y la exploración de sonidos vocales los cuales constituyen dos posibles vías desbloqueadoras de afectos reprimidos y arcaicos, convirtiéndose en procesos de apertura orientados a la elaboración y comprensión de las defensas puestas en juego para luego abordar las creencias desde lo cognitivo. El espacio de trabajo grupal es una forma alternativa de comunicación que

permite visualizar la problemática expresada a través de modelos no habituales de relación. (Vega, 2006) Aparecen aprendizajes que se dan por observar a otros hacer las cosas, es lo que Bandura (1987) denominó aprendizaje vicario.

El sonido comunica, desprovisto del enmascaramiento de las palabras, por lo tanto la familia habla de la acción concreta, despliega su funcionamiento y permite al terapeuta dar una consigna que apunte en primera instancia, a un hacer distinto versus un decir distinto.

Se ofrecerá un espacio físico adecuado, un tiempo específico que fije un ritmo de trabajo, que tenga un comienzo y un fin, un lugar simbólico donde cada uno tenga la posibilidad de ocupar un lugar en relación a los otros.

El taller, será un lugar donde los padres puedan apoyarse mutuamente, enojarse, aprender, informarse, equivocarse y replantearse, divertirse, expresarse, tener un tiempo para ellos y encontrarse con lo que son y no sólo con lo que deben ser, ya que antes de ser padres cumplían otros roles que no han sido excluidos de sus vidas, poder vivenciarlos, les permitirá sentirse más íntegros como personas, en el mejor de los casos.

El taller estará a cargo de un equipo de terapeutas. Este espacio servirá para: calmar ansiedades, suplir deficiencias o incapacidades determinadas por la prematuridad del bebé; obtener placer con riesgos mínimos; facilitar el camino para la sublimación de los deseos inconscientes. Serán los padres, los principales facultados a contribuir en el cuidado del niño, estarán acompañados para disipar las dudas y miedos que tengan respecto del contacto con el bebé, qué beneficios esto traerá en la familia, y cuáles serán las posibles respuestas del niño frente a dicho contacto.

El grupo tendrá una función catártica, dramatizar los conflictos o situaciones de la prematuridad, haciendo que se pongan en escenas sus deseos más internos, los roles, las historias, la novela familiar. (Yalom, 1995)

Será un espacio de creación: creatividad deriva del latín, creare, crear, engendrar, producir, hacer algo nuevo, algo que antes no existía. Creare está emparentada con la voz latina crescero que significa crecer. Creatividad es cualquier actividad en la que el hombre impone un nuevo orden sobre su ambiente, es la capacidad de revelar nuevas relaciones, cambiar las normas existentes de manera razonable y contribuir así a la resolución general de problemas en la realidad vincular, es estar abierto a nuevas experiencias.

Es necesario poder redefinir los problemas, descubrir las necesidades y efectuar un diagnóstico; fijar objetivos compartidos; organizar las tareas de ejecución.

Para que se dé este proceso será necesario que todos los integrantes de la familia cuenten con la información disponible, un tiempo suficiente de reflexión y discusión, de estar con el bebé para asegurar que cada uno sea tenido en cuenta. Así se dará inicio a un camino para aprender juntos. Por eso es que la familia es, la fuente básica generadora de contextualización del niño que aprende a crecer en comunidad. La familia el sistema que le aporta la contención necesaria para insertarse de manera exitosa en la comunidad. Es importante, hacer hincapié en un punto: estos bebés no tienen una patología declarada que necesite de cuidados especiales (Vega, 2006).

Empezar a pensar los espacios preventivos y articularlos, donde la prevención debería empezar, en la familia y desde el nacimiento. Es importante el trabajo de información para los padres que a veces pueden necesitar un apuntalamiento sin necesidad de que este espacio sea terapéutico pero sí que contemple las emociones y el aprendizaje.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- Alexander, G. (1976). *La Eutonía*. Buenos Aires: Paidós.
- Aguirre, J. (1999). *Manual de embriología Humana*. Buenos Aires: El apunte.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martinez Roca.
- Benenzon, R. (1985). *Sonido, comunicación y terapia*. Argentina: Lumen.
- Bowlby, J. (1983). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Coriat, L. (1974). *Maduración Psicomotriz en el primer año del niño*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Digelman, D. (1976). *La eutonía de Gerda Alexander*. Argentina: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (1997). *Tratamiento cognitivo del dolor*. Disertación presentada en el servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano. Buenos Aires.
- Freud, S. (1917). *Conferencia de introducción al Psicoanálisi*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fridman, R. (1996). *La Educación Inicial*. Buenos Aires.
- Grus, L. & Grus, R. (1992). *Acerca del Psiquismo Fetal*. Buenos Aires: Centro de consulta médica Weizsaecher.
- Helman, V. & Villavella, M. (2000). *Niños Prematuros*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kanner, L. (1992). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*, (1ª ed.) Argentina, Paidós.
- Larguía, A. Lomuto, C. & Gonzalez, M. (2006). *Maternidad Centrada en la familia*. Argentina: Sumario.
- Martinez, J. (1990). *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires: Lidiun.
- Oiberman, A. (1995). *Fuimos y seremos*. Universidad Nacional De La Plata.
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los Bebés*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pellizzari, P. (1993). *El malestar en la voz*. Buenos Aires: Resio.
- Perlman, M. & Kirpalani, H.(1992). *Manual para residentes en neonatología*. Mosby Year Book,, 1ra edición.
- Seligman, M. (1990). *El Optimismo se adquiere*. Buenos Aires: Atlántida.
- Spitz, R. (1973). *El primer año de vida del niño*. México: F.C.E.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal*. Buenos Aires: Paidós.

- Tallis, J, (1995). *Estimulación temprana e intervención Oportuna- Un enfoque interdisciplinario biopsicosocial*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Vasse, D. (1977). *El ombligo y la voz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología, Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Videla, M. (1990). *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Winnicott, D. (1993). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Piados.
- Yalom, I. (1985). *The teory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Book.

7. ANEXOS

7.1 Entrevista N° 1

Flga. M. W.

W: Fonoaudióloga

Lugar: Consultorio particular.

V: Valeria

V: ¿Escucha el bebé?

W: Sí, hay estudios que se han hecho que indicarían que el bebé escucha o por lo menos reacciona ante sonidos de 72 db. de intensidad, o mayores sino no hay respuesta o modificaciones en su conducta. El sonido tiene que vencer: el enmascaramiento, los ruidos internos, la resistencia que provoca el líquido amniótico, para que luego llegue al bebé y este responda. El sonido llega igual no se distorsiona, puede haber una modificación en la intensidad porque a medida que va venciendo la impedancia que provoca el líquido el sonido va perdiendo fuerza.

V: ¿Qué tipo de modificaciones tendría en lo conductual el bebé?

W: Y... Por Ej. : en la frecuencia cardíaca, o, cuando percibe a su mamá, por Ej. : si lo acaricia cuando él se mueve... se queda quieto, reacciona ante la percepción.

V: ¿Cómo se desarrolla el sistema auditivo del bebé?

W: Se forma en los primeros meses, los primeros tres meses son fundamentales, en la tercer semana de gestación ya se está formando, en cuanto a las vías auditivas hay dudas con relación a si se terminan de formar; Se toman como parámetro los 2 años aproximadamente, entonces si se detecta alguna alteración auditiva en el bebé prematuro o no, ya sabes que hasta los 2 años lo puedes estimular y mejorar la audición, el resto auditivo, la propiocepción etc. A las 36 semanas ya está formado el aparato auditivo y está listo para recibir información, en el caso de un pretérmino menor a las 36 semanas de gestación se terminará de conformar fuera de la panza.

V: ¿Escucha o percibe el bebé dentro de la panza?

W: En principio te diría que percibe, ya que ante el estímulo se observa una respuesta tónica no específica, dentro y fuera de la panza, la respuesta es motora responde en bloque.

V: ¿Te parece importante la inclusión del Psicólogo que trabaje con las familias el vínculo desde lo sonoro para el trabajo con bebés prematuros?

W: Me parece que sería un abordaje novedoso en este tipo de pacientes.

Yo creo que hay muchos profesionales que trabajan con la contención del paciente pero me parece fundamental trabajar con el sostén sonoro, ya que si uno se pone a pensar, uno de los primeros sentidos que desarrolla el bebé es el auditivo. Llevarle sonidos que lo registra como conocido, me parece que le va a venir muy bien.

7.2 Entrevista N° 2

Madre de bebé prematuro

M: madre

Edad 46 años

V: Valeria

V: ¿Tuviste otros embarazos?

M: No

V: ¿Qué sabías acerca de la prematurez?

M: Nada, ni lo pensaba ni el médico me había hablado nunca ,además yo no llegué ni siquiera a hacer el curso de parto, quizás ahí yo me hubiera enterado de algo, o, hubiera escuchado dudas y miedos de otras mamás.

V: ¿ Pero sabías que nacen bebés prematuros?

M: No, yo pensaba que uno siempre se embarazaba, y a los 9 meses tenías el bebé.

V: ¿ Qué pensaste cuando se adelantó el parto?

M: Sentí miedo, mucho miedo, además no me sentía bien. Después del parto yo estuve en coma 10 días, hasta que finalmente llamaron a un médico infectólogo de otro lugar y él les dijo que yo tenía la placenta completa adentro. Me operaron de urgencia y entre todo recién a los 14 días pude ver por primera vez a mi hijita.

V: ¿Quién te informó a cerca de lo que acontecía respecto al estado tuyo y de la beba?

M: El neonatólogo después que salí del coma, él me habló muy bien, me explicó lo que pasaba y que todo, minuto a minuto, era un logro para la bebé. Nunca me dijo que estaba en riesgo de muerte, pero yo tenía mucho miedo de que pase eso.

V: ¿Quién te contuvo en esos momentos?

M: Nadie. Yo soy sola, no tenía con quien hablar, ni contarle las fantasías que me pasaban por la cabeza. Igual mi prioridad era ella, lo único que yo quería era que ella estuviera bien.

V: ¿Con cuántas semanas nació tu bebé?

M: Con 28 semanas y 1.300 Kg. El médico me decía que eso era muy bueno, que tenía un peso mayor de lo esperado para su edad gestacional.

V: ¿ Qué posibilidades te dieron de que la bebé no tuviera alguna secuela?

M: Siempre me dieron un buen pronóstico

V: ¿ Cuántas veces te dejaban entrar en Neonatología?

M: Todas las veces que quería; yo me quedaba desde las 6 de la mañana hasta las 21 o 22 hs., primero porque necesitaba reponerme y descansar y por otra parte no tenía ningún sentido ya que tenía que dormir afuera.

V: ¿Dónde nació la bebé?

M: En un Hospital Privado

V: ¿ Cuándo te la llevaste?

M: Cuando tenía 2.400 Kg, en Agosto: yo no lo podía creer, habíamos estado 2 meses en el Hospital.

V: ¿Cuál era la fecha de parto que vos tenías?

M: Yo tenía fecha para el 1, y la bebé nació el 22.

V: ¿ Pensás que sería importante la inclusión del psicólogo dentro del equipo para trabajar el vínculo madre-hijo desde lo sonoro?

M: Yo creo es fundamental que alguien contenga un poco a las mamás, una se siente muy sola, desorientada, sí, yo creo que sería fundamental.

A continuación, se agregan dos fotos de la entrevistada y su bebé. La primera corresponde a la hija en la internación y conectada a una sonda. Y la segunda nos muestra la diferencia del tamaño que hay entre dos bebés de misma edad (2 meses), pero una nacida en término y otra con prematurez.

7.3 Entrevista N° 3

Lic. A.R.

R: Neonatóloga

Hospital Privado / Neonatología

V: Valeria

V: ¿Con qué frecuencia entran las mamás a la Terapia Intensiva?

R: Mucho, muchísimo. Acá en esta unidad, en otros lugares entran menos. Digamos la cuestión es así, estoy buscando una tesina que hicieron, una pasantía que hizo una americana que comprobó la representación de la enfermedad de las madres de acá y las madres de Estados Unidos, en el Hospital y ella tomó la cantidad de veces que visitaban acá las madres por semana en Argentina la Media es de 18 veces por semana, visitan todos los días. Hay dos espacios.

V: ¿cómo se organiza neonatología?

Nosotros seguimos el grupo por empezar de menos de 1.500 gramos de menos de 30 semanas de gestación se llaman recién nacidos de muy bajo peso al nacer, el tiempo promedio de gestación es de 40 semanas. A estos bebés entonces les falta tiempo, dos meses a veces más. La Media nuestra y esto sacado por los médicos es de 1.100 gramos y 30 semanas. Y en realidad hay chicos que nacen con menos de 30 semanas y de menos de 1.100 gramos. En realidad ahora con los avances de la neonatología, un bebé de 550 gramos puede llegar a sobrevivir sin problemas. Después de las 29-30 semanas de gestación, el bebé puede llegar a tener debido a su inmadurez un montón de complicaciones por ser inmaduro y no por ser un bebé enfermo, que es la diferencia que hay con otros bebés que están internados en unidades de cuidados intensivos que son bebés de término pero con cardiopatías, etc., es otro tipo de complicaciones. En el prematuro por ahí lo que se plantea es que es un inmaduro que tiene que desarrollarse y madurar fuera del útero, pero en esto de desarrollarse puede tener un montón de complicaciones. Esto requiere un montón de asistencias: cardíaca, respiratoria, lo que uno va a ver es que no es un grupo homogéneo, no es lo mismo un bebé que ya nació con 29-27 semanas de gestación que otro que nació con 33 semanas de gestación pero que por ahí capaz que pesan lo mismo. Pero uno fue un desnutrido fetal y el otro es un prematuro, con un peso adecuado a su edad gestacional. No se puede entonces homogeneizar, es un grupo desparejo desde lo biológico y también por las situaciones por las que se llega a la prematurez. Porque no

es lo mismo una mamá que tenga preclampsia que es una ruptura de la bolsa temprana, que una mamá que tenga hipertensión, que una mamá que tiene un bebé prematuro porque ha sido expuesto a la droga, la mamá adicta, que no haya sido una mamá con controles frecuentes, o una mamá adolescente, o una mamá añosa, ya que todo esto también complica la cuestión del encuadre de la prematuridad. Otra cosa importante es que en este momento el peso de nacimiento ha bajado en los países desarrollados, a pesar de que tienen un buen control y que las necesidades básicas están satisfechas. Sin embargo tiene mucho menor peso que en otras épocas.

V: ¿Y esto se debe al stress?

R: Claro, la mujer que tiene tanto stress, que trabaja y demás, y esto produce cambios metabólicos y esto tiene que ver con la alimentación placentaria que recibe el bebé dentro del útero, con lo cual también hay una cantidad de prematuros que también nacen debido a ciertas otras circunstancias que no tienen que ver nada con aquella madre adolescente o que está en riesgo social. Por eso te digo que es un grupo muy heterogéneo y muy diferente.

El oído es uno de los sentidos que tiene más desarrollado el bebé

V: ¿Es de los primeros que aparecen?

R: Claro, entonces en realidad, cuando nacen estos bebés enseguida discriminan las voces de las madres, los padres, inclusive con el tiempo, les digo que también va reconociendo la voz de la enfermera que lo cuida y responde de alguna manera, en función de lo que él puede, a esas voces que él va escuchando. Muchas veces estas respuestas no son como las de un bebé a término que uno podría pensar que puede abrir los ojos, seguir, fijarse, y demás. Sino las respuestas que él da por ahí es a lo que está logrando en ese momento estabilizar su sistema autónomo o sea que por ahí hace cambios en saturación, cambios del oxígeno en la sangre o cambios en el ritmo cardíaco que ese es un parámetro que digamos que no tiene y como que está reconociendo. Son las señales que trasmite el bebé. Ahora, las madres digamos por eso también sabiendo que con esta cuestión de que no solamente por la mamá sino también que es importante para el bebé, se privilegia acá que los padres, tanto los padres como las madres o los abuelos que pueden entrar una vez por día no tengan ningún tipo de límites o sea, entran cuando ellos quieren, en la medida también que la unidad se lo permita digamos porque hay otros bebés.

V: ¿Si hay alguno en riesgo?

R: Claro, se van todos. Por ahí muchas veces acá los bebés también se mueren, no es solamente que viven, es un lugar donde también muchos de ellos se mueren o se complica. En función de los casos particulares, hay padres que en una situación como esta se quedan con su bebé y pueden pasar un montón de cosas al lado y a ellos no les afecta. Hay papás que no y ellos mismos deciden retirarse, como que en realidad siempre se les permite que haya una visión de parte de ellos

V: ¿ Ellos lo pueden tocar?

R: Todo, bueno en realidad se lo puede tocar en función del tiempo gestacional y del estado del bebé. Suponete, un bebé de edad gestacional de menos de 30 semanas si vos lo tocas y lo acaricias de determinada forma, como lo harías en un bebé a término, lo estás sobreestimulando y eso trae aparejado que el bebé tenga complicaciones: apnea, bradicardia o algún otro tipo de alteración, con lo cual siempre hay que tener en cuenta las necesidades del bebé y de los padres, porque acá tenés hermanos y otra familia alrededor. Por eso es tan difícil hacer una generalización del prematuro y sus padres, en general uno apunta a cada caso

V: Se me ocurre pensar si el bebé está dentro de la panza está 24 hs. con esa mamá una vez que salió de la panza, un bebé a término está también 24 hs. con la mamá. Y este bebé ¿podría estar 24 hs con la mamá internada con él o no da la infraestructura para eso?

R: No da la infraestructura, y además ellas están cansadas porque ellas están en pleno período de puerperio con una situación que no sabe si su bebé va a vivir o no porque el bebé tiene que pasar el estado crítico y además todo es un trabajo, que empiecen a alimentarse es un trabajo, que empiecen a respirar es un trabajo, que empiece a funcionar su ritmo cardíaco, que controle la temperatura, digamos que son situaciones muy estresantes. Estoy hablando de ese grupo que le faltó mucho tiempo para nacer y mucho peso, entonces son situaciones muy complicadas. Por ejemplo han visto que existe un programa en Chaco de Picón que se llama las mamás Canguro, están todo el día ahí. Lo que pasa es que estos bebés no requieren alta tecnología. Los bebés que yo les estoy diciendo necesitan un respirador

V: yo conozco otro servicio de neonatología, en un Sanatorio privado donde una amiga tuvo un bebé prematuro y podía visitarlo dos veces por día, estaba desesperada, y el bebé, yo supongo que sentía lo mismo que su mamá, o sea, esa desvinculación después de estar en una compañía plena, absoluta. Una mamá que se angustia, ¿qué puede darle cuando lo ve?

R: Sí, seguro. Voy a ver si podés hablar con alguna de las enfermeras, ya te digo acá hay muchísima libertad, demasiada, porque en los países, ¿sabés que son los países? Es donde los médicos se reúnen para hablar de cada caso en particular, permiten que los padres se integren y hablan y cada uno opina, con lo cual es difícil para ellos estar escuchando qué es lo mejor para su hijo, y esta escuchando que al bebé tal hay que hacerle tal estudio o tal esto o tal lo otro. Es lo que yo les digo a las enfermeras, que son personal de infantería, porque la neonatología se apoya en el personal de enfermería, no en el neonatólogo porque el neonatólogo va controla, dice qué es lo que hay que hacer y demás, pero las que están ahí al pie del cañón son las enfermeras. Acá son demasiados amplios porque después el padre se asusta cuando escuchan que le van hacer determinadas cosas, otras van y les cuentan y además yo creo que el equipo de asistencia necesita ciertos momentos porque canalizar un bebé de 600, 700 gramos no saben lo que es para encontrarle las venas y demás, entonces que la enfermera empiece a decir malas palabras porque no puede decir qué lindo el bebé... Y esto también se escucha, a las enfermeras les es más fácil trabajar con unos papás que con otros. A veces dicen que prefieren que los papás se vayan para tal o cual procedimiento.

Después de superado el estado crítico

V: Esto va a depender de que respire solito...

R: De que controle la temperatura, ritmo cardíaco, sature y demás. Acá otra cosa que pasa es que lo sacan en forma muy temprana, cuando regulan temperatura lo sacan, no se fijan en el peso, ritmo cardíaco que es importante también y lo sacan porque se ha comprobado que empiezan a saturar mejor el bebé que está contacto piel con piel con la mamá se desarrollan mucho mejor. Y favorece la lactancia de la madre, porque ella en realidad se saca la leche con una bomba, no es el mismo estímulo, aunque el bebé no se ponga a succionar, el contacto piel con piel con su mamá favorece el funcionamiento de las glándulas mamarias y favorece a la alimentación del bebé, para que los bebés continúen amamantándose. En realidad estas mamás tienen un bebé cuando en realidad todavía es parte del cuerpo de ellas no es el nacimiento de un hijo que se ha podido vivenciar como alguien diferente, a través de los movimientos, del lugar que ocupa en la panza, de las patadas sino que en realidad no ha sido registrado como otro, con lo cual es una parte de su cuerpo que se pierde, no es un otro en cuanto a un bebé a través de la lactancia es una forma, se puede favorecer un vínculo temprano que se ha roto. El hospital en realidad trabaja con una población favorecida

V: ¿Por qué motivo se les pide a los papás de bebés prematuros que lleven los cuneros a la sala de neonatología?

R: Se les pide que traigan un gorrito de lana, un juguete de color, un cunero y algo de peluche, porque lo que se busca es estimular los sentidos. Precisamente el recién nacido reconoce principalmente con dos de sus sentidos: el olfato y la audición. Por ejemplo, si a un bebé se lo sienta en un baby-seat duro frente al televisor, se lo estará estimulando visual y auditivamente. Por eso creo que un bebé estimulado precozmente e incluso desde su vida intrauterina, tendrá un desarrollo de sus capacidades intelectuales y lingüísticas anterior a aquel que no lo fue, influyendo esto también en su manera de relacionarse con las personas.

V: ¿Qué te parece la inclusión del psicólogo que trabaje el vínculo madre-hijo desde lo sonoro, en el equipo?

R: Me parece que sería bueno, especialmente para trabajar con los bebés prematuros, ya que hay que pensar que esas mamás generalmente están más ansiosas, con más temores y menos preparadas para llegar a este momento, ya que la mayoría de ellas no ha alcanzado a hacer el curso de psicoprofilaxis obstétrica. En este hospital hay una psicóloga en el sector.

Además creo que para el caso de prematuros sería interesante que el psicólogo siguiera trabajando con la mamá y el bebé ayudándolos a fortalecer ese primer vínculo madre - hijo desde la propuesta sonora.

7.4 Entrevista N° 4

Enfermera: A.

A: Enfermera

Lugar: Hospital Privado

V: Valeria

V: ¿Cuáles son las alteraciones que más comúnmente se ven entre los prematuros?

A: Bueno, son varias... Problemas respiratorios, con el control de la temperatura, trastornos tónicos y metabólicos, como por ejemplo la Ictericia; recién vine de traer a un bebé de la cuna donde se le da fototerapia

V: ¿Qué es la Ictericia?

A: Es la coloración amarillenta de la piel y mucosas, relacionadas con un exceso de bilirrubina en la sangre del bebé

V: ¿A qué se debe?

A: Bueno en estos chicos en particular se debe a la inmadurez con la que nacen. También puede aparecer porque haya incompatibilidad sanguínea, enfermedades infecciosas de la mamá...

V: ¿Qué procedimientos se realizan habitualmente con estos chicos?

A: En general, se hace una evaluación de la coloración amarilla de la piel, las respuestas a los estímulos y los reflejos. Una vez terminada esta evaluación ya tenemos preparada una cunita para hacerle fototerapia, donde se coloca al chico desnudo bajo la lámpara. Se les coloca un antifaz para protegerles los ojitos, porque muchas veces les da retinopatías. Este antifaz se los cambiamos todos los días. También se los va cambiando de posiciones para que les dé en todos lados.

V: ¿cómo es la participación de los padres?

A: Y mira,... acá los papás tienen la posibilidad de acceder a la Neonatología tantas veces como quieran. Y no sólo ellos, también los abuelos, yo no sé, pero me parece que esto no es común en otros servicios.

V: ¿Y esto cómo afecta su tarea?

A: Bueno, en realidad, al no tener horarios fijos de visitas cada papá viene cuando puede y se pueden encontrar que estamos trabajando y que no puedan pasar, por ejemplo cuando vamos a

entubar a un bebé. Es una situación muy especial en la que necesitamos estar tranquilas para no perjudicar al bebé porque estos tratamientos son cosas agresivas para ellos y hay que ser muy cuidadosa. A mí me parece que es bueno que los padres estén todo lo que puedan con el bebé, a veces me da pena cuando hay bebés que no son visitados y pasan a lo mejor un día o dos sin saber nada del chico. Igual siempre están cuidados porque nosotras estamos ahí, en general tenemos dos bebés por enfermera pero en casos de necesidad incluso se nos asigna un paciente por enfermera.

7.5 Entrevista N° 5

Pediatra: Dra M. M

M: Pediatra

Lugar: Hospital Privado

V: Valeria

M: En primer lugar quiero aclarar una vez que los bebés prematuros salen de la clínica, se controlan con el neonatólogo, y recién después de unos meses pasan a pediatría.

V: ¿Estuviste en contacto con prematuros? ¿Tenés alguna experiencia?

M: Sí yo trabajo en el Hospital con equipo de profesionales especializados en cuidados intensivos neonatales.

V: ¿Y cómo es el contacto entre la madre y el hijo?

M: En cada servicio esto siempre es muy distinto. En el Hospital Público, el contacto con chicos de menos de 800 gramos, donde el cuadro está realmente muy complicado, la visita es una vez en el día y sólo la madre puede ingresar. En cambio, en terapia intermedia ya están cada vez que hay que amamantar al bebé. Acá en este Hospital Privado tienen libre acceso, a menos que haya una emergencia, en ese caso salen todos hasta que es superada la situación.

V: ¿Y cuál es la frecuencia con que los alimentan?

M: Bueno, en realidad al principio no se los alimenta ni siquiera con la leche materna porque se pueden producir enterocolitis necrotizante que es cuando todavía el bebé no es capaz de digerir su propio alimento, y necesita de una sonda con un suero que es como una leche con las vitaminas, lípidos y proteínas que necesita.

V: ¿Cómo es el ambiente que rodea al bebé en terapia intensiva, quiero decir, sonoramente hablando?

M: Bueno, eso es algo que para mí es muy importante, no sólo sonoramente. En general, lo que pasa es que no se respetan los tiempos de sueño y vigilia del bebé, eso es algo terrible, especialmente porque desorganiza el sistema hormonal. Y en cuanto a la circulación de gente en este lugar no es un problema porque está bastante restringido pero con el ruido que hay con toda la aparatología en general es bastante, yo diría, que también es bastante perjudicial. Hay momentos donde nosotros mismos no podemos ni tolerar el ruido de los aparatos.

Igualmente, una vez que se los da de alta a estos bebés, cuando vuelven para control siempre se les hace potenciales auditivos y visuales porque en general pueden tener retinopatías por el

respirador. Todas estas cosas son sabidas por todos e incluso están corroboradas científicamente pero no se toman medidas. En general esas cosas no dependen de uno,

V: ¿Los sonidos de Terapia Intensiva Neonatal son similares a lo de la de Pediatría?

M: Sí, los aparatos son en general los mismos

V :¿ Podré grabar esos sonidos de la UTIN?

M: Sí, lo que pasa es que hay en este momento un respirador, una bomba y un saturómetro, nada más.

7.6 Gráficos

Registro de un saturómetro, una bomba y un respirador. En el caso del saturómetro aclaró que este aparato en particular era más sofisticado que los otros y por eso hacía menos ruido del que en general hacen estos aparatos. Luego de registrar los aparatos, me ofrecieron registrar el ambiente sonoro de terapia intensiva neonatal en horario de visitas.

A continuación se agregan los gráficos de intensidad, correspondientes a cada aparato y a la terapia intensiva neonatal. El gráfico indicará en el eje de las abscisas al momento de la grabación que corresponde.

Gráficos:

7.6.1 El gráfico de la grabación completa

7.6.2 saturómetro

7.6.3 Bomba

7.6.4 Respirador

7.6.5 conjunto de respirador, voces y una frecuencia aguda de un aparato