



# UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

## TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

*Dificultades para el desarrollo del vínculo madre-bebé, en situaciones de internación por prematuridad*

Autor: Marisa J. Nucher

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
2.1. Objetivo General	4
2.2. Objetivos Específicos	4
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
3.1. Vinculo madre-bebe: Teorías y fundamentos	6
3.1.2. Apego. Bowlby	6
3.1.3. Rene Spitz	10
3.1.4. D. Winnicott	11
3.1.5. Erikson	13
3.1.6 Yalom	14
3.2 Condiciones de Internación	15
3.2.1 Historia de la neonatología	15
3.3 Rol del Psicólogo y Grupos de Apoyo	19
<b>4. DESARROLLO</b>	<b>25</b>
4.1. Método	25
<b>5. PROCEDIMIENTO</b>	<b>26</b>
5.1. Entrevistas	26
<b>6. CONCLUSIÓN</b>	<b>42</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>48</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo transcribir la experiencia obtenida en la práctica V realizada con una duración de 320 horas semanales. El tema a tratar será: *Las Dificultades para el desarrollo del vínculo madre- bebé, en situaciones de internación por prematuridad.*

La institución asignada para la realización de la pasantía ha sido un Hospital público que atiende la población proveniente del conurbano circundante y de las zonas más alejadas.

El Servicio de Psicología fue creado para responder a las problemáticas de la comunidad a la que asiste. El mismo se encuentra dentro del departamento de Pediatría con miras a dar respuesta a la demanda social. El gabinete se encuentra situado en el cuarto piso donde funciona la internación pediátrica, terapia intensiva infantil, neonatología y el servicio de ginecología y obstetricia. Está dirigido por la Dra. N. Se trabaja con el modelo Sistémico-Cognitivo- Conductual incorporando una visión salugénica.

Tal como se ha mencionado, en los alrededores de esta institución, hay numerosos barrios de bajos recursos y son sus habitantes los que utilizan el servicio. La actual situación de crisis por la que atraviesa nuestro país en el ámbito de la salud, y con mayor gravitación en las zonas de alta vulnerabilidad social, como el área de influencia del Hospital, ha generado nuevos desafíos y nuevas demandas al equipo de salud.

Las actividades del servicio son: las visitas a distintas salas de internación, la atención de pacientes externos derivados por otras instituciones ó consultas interdisciplinarias de niños internados.

De la concurrencia a la práctica surgió la elección del tema para desarrollar en la tesina. Se tratará de mostrar mediante las entrevistas y las observaciones directas los problemas vinculares que surgen en las familias cuyos bebés se encuentran hospitalizados por problemas de prematuridad.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con los padres de los bebés en el período de internación en neonatología, que se complementaron con las observaciones realizadas en la sala en los momentos de interacción madre-neonato.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Analizar las dificultades que se presentan en el vinculo madre-bebe en condiciones de hospitalización por prematurez.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Describir el vinculo madre-bebe en condiciones de hospitalización.
2. Detectar las dificultades que presentan aquellas madres cuyos hijos se encuentran hospitalizados para el desarrollo del vínculo madre-bebé.
3. Describir el Rol del psicólogo en Neonatología.

### 3. MARCO TEÓRICO

El siguiente trabajo se encuentra enfocado dentro de la psicología Perinatal; a través de un modelo multidisciplinario, que permite la posibilidad de coexistencia de distintos paradigmas teóricos.

El estudio de la neonatología se encuentra en un momento de transición. Esto se vincula con la importancia creciente que se le ha dado al bebe a lo largo del ultimo siglo (Vega, 2006). Los estudios más recientes sobre el bebe se apoyan en la observación directa; es observando directamente a los niños como se pueden ver las fases del desarrollo, su interacción con el medio; y el vinculo afectivo que desarrolla con la madre (Fiszelew y Oiberman, 1995).

El modelo para muchas generaciones de psicólogos es la instalación de un consultorio al que llegan pacientes derivados ó a través de la consulta espontánea. Desde ese lugar, el psicólogo puede escuchar y atender. Cuando el contexto cambia, cuando la modalidad de atención es otra, que sucede con esa “escucha” (Oiberman, 2005).

Las madres pueden tener a sus hijos a cualquier hora, las urgencias no respetan horarios estipulados en los servicios de Salud Mental. La angustia o la situación de crisis y vulnerabilidad, se desencadena cuando el neonatólogo le plantea a una madre la internación de su niño en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales). Bajo estas circunstancias es donde hay que intervenir, de manera puntual y focalizada; abandonando el encuadre tradicional de la psicología académica para incursionar en un modelo de atención psicológica in situ que toma en cuenta y utiliza diferentes herramientas teóricas y sus consiguientes formas de atención posible (Oiberman, 2005).

Se trata de un encuadre diferente, el paciente (madre) puede ser atendida en cualquier lugar posible: sala, guardia, neonatología. Son situaciones de urgencia donde debemos incluirnos (Oiberman, 2005).

### 3.1 VINCULO MADRE - BEBE: teorías y fundamentos

#### 3.1.2 Teoría del apego. J Bowlby

Uno de los principales conceptos teóricos que debemos tener en cuenta es el del *Apego*, en donde se establece que hay que tener en consideración que es en los primeros días de vida donde se produce el proceso de apego entre la madre y el niño como un proceso que va sucediendo gradualmente, si permanecen separados, el proceso se hace más complejo hasta poder llegar a una difícil interacción en los meses siguientes (Bowlby, 1989).

El Apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad (Bowlby, 1976).

Bowlby utilizó el concepto de apego para estudiar la naturaleza del vínculo del niño con su madre.

La Teoría del Apego es una teoría iniciada en los años cincuenta que parte de una perspectiva etológica, bien a tono con los derroteros epistemológicos de su tiempo. Esto fue retomado por Bowlby quien expresó la especificidad del bebé humano, incapaz, contrariamente a otras especies de aferrarse por sí mismo al pecho de su madre mientras ella se desplaza, a partir de ahí analiza el apego en relación a la evolución de la especie. El niño se apega a su madre no por relacionarla con la comida sino para ser protegido del mundo externo hostil (Bowlby, 1989).

Bowlby aportó datos y principios de la etología como una alternativa al punto de vista de las pulsiones prevalentes en las teorías psicoanalíticas. Desde tal perspectiva el apego tiene una función de protección contra el riesgo del peligro que representan, por un lado la ruptura del lazo entre madre e hijo y por otro lado las agresiones externas.

El apego entonces garantiza la proximidad entre la madre y el bebé aun después de haber satisfecho sus necesidades tales como el hambre, frío, sed. Así es que el bebé no desarrolla un vínculo social con la madre solamente por la asociación de ella con la satisfacción del hambre o alivio del dolor sino que lleva una tendencia biológica innata para el desarrollo de vínculos sociales (Bowlby, 1976). Las conductas de apego son vitales para la supervivencia ya que tienen como resultado el logro o la conservación de la proximidad

con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo.

Bowlby junto con Aisworth (1985) plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado, cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad.

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. Cuando Bowlby se refiere a presencia de la figura de apego quiere decir no tanto presencia real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo.

La tendencia a reaccionar con temor a la presencia de extraños, la oscuridad, los ruidos fuertes, son interpretados como el desarrollo de tendencias genéticamente determinadas que redundan en una predisposición a enfrentar peligros reales de la especie y que existen en el hombre durante toda la vida. Aunque inicialmente esta postura podría evaluarse como demasiado sesgada hacia la carga biológica, en realidad, completa su postura refiriéndose a una serie de circunstancias psicológicas y culturales que dan lugar a estas reacciones (Bowlby,1985). En este sentido hace referencia a los peligros imaginarios, los indicios culturales aprendidos de otras personas sobre el peligro, la racionalización, la atribución de significado a las conductas de los niños por parte de los padres, la proyección y el contexto familiar (Bowlby, 1985).

La teoría formulada por John Bowlby y Mary Ainsworth sobre el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo es un planteo teórico de mucha fuerza en el área del desarrollo socio-emocional. Con el paso del tiempo esta teoría se ha fortalecido y enriquecido gracias a una gran cantidad de investigaciones realizadas en los últimos años que la han convertido en una de las principales áreas de investigación evolutiva (Oliva, 2004).

Esta teoría está basada en observaciones naturalistas y en una extensa investigación empírica.

En 1970 Ainsworth y Bell diseñaron la *Situación del Extraño* (Bowlby, 1985) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Desde este momento la *Situación del Extraño* se convirtió en el paradigma experimental por excelencia de la Teoría del Apego.

La *Situación del Extraño* es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña.

Tal y como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias (Bowlby, 1985).

Como resultado de este experimento Ainsworth y Bell postularon lo que se conoce como los diferentes tipos de apego:

**Apego seguro:**

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la situación experimental los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria (Bowlby, 1985).

**Apego inseguro-evitativo:**

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se mostraban bastante independientes en la *Situación del Extraño*. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como



base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos (Bowlby, 1985).

La interpretación global de Ainsworth en este caso era que cuando estos niños entraban en la *Situación del Extraño* comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella (Oliva, 2004).

#### **Apego inseguro-ambivalente:**

Estos niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la *Situación del Extraño*. La pasaban mal cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

En Bowlby se aprecia el reconocimiento del rol del bebé en su voluntad de suscitar respuestas en su madre, y se hace énfasis en la actividad y no en la indefensión, en la facultad de promover conductas y no en la pasividad (Brazelton & Cramer, 1993).

Al hacer referencia al rol de la interacción Bowlby plantea que la experiencia de separación real mina la confianza pero no es suficiente para que surja la ansiedad de separación. Para ello es necesario que intervengan otras variables como amenazas de

abandono con fines disciplinarios, discusiones de los padres con significado implícito de riesgo de separación.

El apego no sólo se produce con relación a las figuras parentales. Aunque se admite que hay poca investigación al respecto, se sabe que con los hermanos se logran verdaderas relaciones de apego. Los niños se ofrecen unos a otros, ayuda y consuelo en situaciones desconocidas o amenazantes (Bowlby, 1985).

En conclusión, los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas. No es de antemano negativa la existencia de varias figuras de apego. Por el contrario puede ser muy conveniente, pues facilita elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación y la estimulación variada. Incluso es una garantía para una mejor adaptación en caso de una inevitable separación de los padres en caso de accidente, enfermedad o muerte.

### **3.1.3 Rene Spitz**

René Spitz, estudió en profundidad la relación madre-hijo, tomando y definiendo a la misma como una relación muy especial; una relación aislada hasta cierto punto de todo lo que la rodea y unida entre sí por lazos extraordinariamente poderosos. Es en ella en donde se puede encontrar el origen del desarrollo de las relaciones sociales de otro orden, se trata de una relación muy especial. Son lazos afectivos, y, si se ha llamado al amor un egoísmo de a dos, esto resulta cien veces cierto en la pareja madre-hijo (Spitz, 1965). Spitz fue uno de los pioneros en el estudio detallado de la comunicación madre-bebé.

La diada madre bebé se sirve, fundamentalmente de un diálogo no verbal: las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y ser sostenido, todo eso forma parte del sistema comunicacional.

Los signos y las señales percibidos por el niño, en los primeros meses de vida pertenecen a las categorías del equilibrio, tensión muscular, la postura, la temperatura, la vibración, el contacto cutáneo y corporal, el tono, la resonancia, y otras categorías de las cuales el adulto difícilmente se percata conscientemente.

Una de las características más importantes de la comunicación, madre – hijo es que, los mensajes emitidos por el bebé son signos mientras que los procedentes del adulto, son señales, y percibidos como tal por el niño (Spitz, 1965).

Spitz (1965) diferencia los signos de las señales definiendo el signo como un precepto que está vinculado con la experiencia de otro objeto o de una situación. En cambio el término señal designa una conexión aceptada convencionalmente entre un signo y una experiencia, ya sea esa conexión accidental arbitraria u objetivamente presente.

La madre percibe los signos del bebé que están en relación directa con su nivel inconsciente y el bebé percibe las situaciones de angustia aún cuando ella desee ocultarlas ó disimularlas y es en período posterior inmediato al parto en el que las madres activan su mayor capacidad potencial para la respuesta.

Surge del trabajo pionero de Spitz (1965) la idea de que la comunicación entre la madre y el niño pequeño está basada en la percepción extrasensorial ó casi telepática. También se dice que la madre adivina las necesidades del bebé. Quizás estas ideas surgen del hecho de que los intercambios en esta comunicación son tan sutiles y a veces imperceptibles para la observación directa.

Lo que más se puede asemejar a estos niveles profundos de comunicación diádica es el momento del enamoramiento entre adultos (Oberman, 2001).

La palabra relación significa, el carácter de dos cosas tales que la modificación de una de ellas provoca la modificación de la otra; en cambio vínculo, es una ligadura estrecha, pero no forzada.

Entre la madre y él bebe la comunicación es lo que acontece cotidianamente; mientras que la relación o vínculo es aquello que se establece entre ambos englobando a la comunicación. Entonces la relación o vínculo es el producto de un proceso comunicacional continuo.

### **3.1.4 Donald Winnicott**

Donald Winnicott comenzó su tarea como pediatra en la década del 20 y a los pocos años comenzó a interesarse por el psicoanálisis con el objetivo de enriquecer su tarea clínica. Winnicott desarrolla el concepto de preocupación maternal primaria definiendo a la misma como una condición psicológica de la madre que se desarrolla en los últimos meses del embarazo y hasta unas semanas después del nacimiento. Es un estado de sensibilidad extrema que le permite identificarse plenamente con las necesidades del bebé y así poder satisfacerlas. Esta condición conjuntamente con el *holding* (sostenimiento) son

necesarias para el desarrollo emocional del niño (Winnicott, 1956). La mujer es capaz de presentir las necesidades de su hijo y los estados del mismo.

La madre se relaciona con el bebe a través de un proceso de identificación, gracias a sus recuerdos, su historia, su imaginación. Según Winnicott (1956) toda madre fue bebe, y generalmente ha tenido ocasión de jugar a ser madre o ha tenido ocasión de colaborar con el cuidado de algún niño. En cambio, el bebe, lo es, por primera vez y nunca fue madre.

El estado de preocupación maternal primaria es casi una enfermedad. Se asemeja a estados de disociación de personalidad. Lo que lo hace normal es justamente la presencia del bebe (Winnicott, 1956).

Winnicott (1990) establece que la relación madre-hijo es un sostén necesario para el desarrollo emocional del niño, no se puede pensar un bebe aislado, sin relación con el medio en el que se desarrolla, y es la madre quien tiene que brindar esa función, y a la vez ser sostenida por el medio circundante.

La idea de sostén psicológico, necesario para el desarrollo emocional del niño es aportada por Winnicott a través de su concepto de “holding”: sostenimiento.; es la forma en que es sostenido el niño y también comprende el sostén psicológico (Winnicott, 1990).

La forma en que la madre toma en sus brazos al bebe esta muy relacionada con su capacidad de identificarse con el. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, así cualquier falla puede provocar una intensa angustia en el niño, puesto que esto incrementa la sensación de desintegración, de caer, de falta de seguridad. Solo a través de un sostén adecuado él bebe va reconociendo a su cuerpo como parte de si, aprendiendo mas tarde a cuidar de él; a lograr autonomía (Winnicott, 1990).

Un sostén adecuado facilita los procesos madurativos; mientras que uno inadecuado significa la repetida interrupción de los mismos; con lo cual conlleva a un fracaso en la adaptación del niño al medio. Para el bebe, la base de seguridad es un sostén continuo y adecuado. De ello deriva la confianza en el mundo externo y la posibilidad de su desarrollo emocional. Se trata de proveer un apoyo yoico, de tal modo que el yo incipiente del niño no se desintegre, y que el psiquismo inmaduro del bebe sea compensado por la madre; lo que le falta al niño lo completa ella. Hay una interdependencia entre el funcionamiento psíquico de ambos (Winnicott, 1956).

La madre no sostiene en sus brazos solo a un niño, sino al menos tres; el primero es el bebe imaginado, producto de sus sueños; el segundo, el hijo de sus fantasías, el que remota a su antigua infancia; y el tercero es el hijo producto de la interacción, el bebe real.

### **3.1.5 Erickson**

Según Erikson (1983) la crisis es un estado de trastorno y desorganización, ocasionado por una exigencia vital que no logra tramitarse mediante los recursos personales acostumbrados. La modalidad de resolución adoptada, puede llevar a un potencial patológico o hacia una oportunidad de crecimiento y desarrollo a través de la cual el paciente resulta fortalecido.

Ser madre excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico.

La maternidad, incluyendo en ella al embarazo, el parto y el puerperio es una crisis evolutiva y vital que la mujer atraviesa en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social) las características de su bebe y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia (Oberman, 2004).

Por el impacto que produce en la personalidad, el proceso de maternaje puede ser comparado a la adolescencia, y representa en el sentido ericksonianos una crisis de identidad. Reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobretodo en relación a los vínculos con el otro (Erickson, 1983).

Al igual que en la adolescencia los puntos comunes con ella serian:

- Una transformación corporal y hormonal.
- Un cambio de status social.
- Reactivación de conflictos infantiles, en particular aquellos que se relacionan con las primeras etapas.
- Una transformación de la imagen corporal; en este caso; en dos tiempos, primero al producirse el embarazo y, luego, después del nacimiento del bebe.

La madre atraviesa una doble crisis: una es la crisis vital y la otra es la crisis circunstancial dada por la internación del bebe en un Servicio de Neonatología. Estas dos crisis se entrecruzan en el plano afectivo generando situaciones de angustia, ansiedad, o de

resignificación de problemas anteriores (Oberman, 2004). Esta situación se puede presentar tanto durante el embarazo, como en el parto o en el puerperio.

### 3.1.6 Yalom

Según Yalom (1984) compartir las vivencias permite descentrarse del propio sufrimiento y ayudar a los demás (*experiencias de universalidad y altruismo*).

En los contextos hospitalarios, la internación es vivida como una experiencia injusta y dolorosa, de manera que es importante trabajar factores existenciales como reconocimiento de la propia precariedad.

Se intenta preservar el vínculo madre-hijo, y en ese sentido se trata de recuperar la experiencia de tener un bebé en medio del sufrimiento que supone la internación, permitiendo que las madres expresen sus angustias, temores y fantasías (Oberman, 2005).

Las situaciones imprevistas o las emergencias en relación al nacimiento de un bebé exigen un esfuerzo de adaptación para los profesionales involucrados.

La *esperanza* es un sentimiento renovador, es la creencia de que se puede cambiar el curso negativo, es creer que un futuro mejor es posible, es reanudar el proyecto, todo ello sin crear falsas expectativas ni desconocer la naturaleza del sufrimiento. Cuando nos referimos a esperanza lo hacemos como un factor curativo de la terapia.

Existe un factor en el cual se ve comprometido el rol del terapeuta y es el de infundir esperanza. Introducir esta dimensión en las reuniones con madres, constituye una herramienta más para poder atravesar la vivencia: Lograr continuar psíquicamente sano a pesar del dolor. Sostener a las madres en este proceso podría incluso prevenir conductas disfuncionales ó sintomáticas que obstaculizarían el establecimiento del vínculo madre-hijo (Yalom, 1984).

Yalom (1984) también identifica otros factores especialmente pertinentes para esta temática, que son universalidad, altruismo, cohesión grupal, catarsis, conducta de observación, impartir información y factores existenciales.

La *universalidad* se refiere a la experiencia de no ser únicos en la desgracia. El sentimiento de singularidad a menudo aumenta por el aislamiento social. A medida que los padres descubren que esa situación tiene semejanza con la de otros y comparten sus

preocupaciones más profundas, se benefician con la catarsis y aceptación de los otros (Vinogradov & Yalom, 1989).

*Impartir información* se refiere a la instrucción que se da en los grupos que permite trabajar sobre creencias irracionales para modificarlas.

*Altruismo* genera la experiencia de ayudar y aliviar a otros que se sienten impotentes e inútiles para evitar el dolor de su hijo.

La conducta de observación se refiere al aprendizaje que se produce por ver a otros realizar cosas de cierta manera.

La *cohesión grupal* es el resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros para permanecer en el grupo, o la atracción que produce el grupo sobre sus miembros.

*Catarsis* es la expresión franca del afecto. Favorece la expresión del sentimiento de dolor.

Por último los factores existenciales se relacionan con la experiencia compartida, la responsabilidad, el aislamiento básico, la contingencia, el reconocimiento de nuestra condición mortal, lo caprichoso e injusto a veces de la vida. Se trata simplemente de “estar y acompañar” (Yalom, 1984).

Como estrategia terapéutica, la esperanza se relaciona con la confianza en los procesos y en la propia fortaleza para afrontarlos, contando con la posibilidad de esperar lo mejor.

Vinogradov y Yalom (1989) sostienen que es importante sostener a los pacientes cuando atraviesan momentos difíciles sobre todo cuando de su resolución depende el feliz nacimiento de otra vida

## **3.2 CONDICIONES DE INTERNACIÓN EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA**

### **3.2.1 Historia de la neonatología**

El cuidado de los bebés recién nacidos fue cambiando a través de las diferentes épocas y culturas.

En la antigüedad los bebés eran abandonados si no se los podía criar por pobreza extrema, en la Edad Media -siglo V hasta VIII- la esperanza de vida era muy débil, 30

años, la tasa de mortalidad infantil alcanzaba un 448 por mil, esto se veía afectado por las pestes e incluso el infanticidio (Aries & Duby, 1991). Recién en la Edad Moderna comienza una preocupación por cuidar a los hijos, liberarlos de la enfermedad y la muerte prematura se torna una nueva meta.

A principios del siglo XIX dar a luz en un hospital era signo de pobreza y soledad, reservado a las madres solteras; es recién después de la primera guerra cuando se vuelve a recurrir al servicio hospitalario y de esa manera a un cuidado y preservación de la vida. El nacimiento de la medicina neonatal se ubica, entonces, en el siglo XIX. A esto hay que agregar la invención de la incubadora en 1880 que redujo la mortalidad de los niños que nacían prematuramente.

En el siglo XX se nace y se muere en el hospital, en el 1900 se logro que bajara la mortalidad infantil de los recién nacidos de menos de 2.500 grs, del 75% al 25%, con tres imperativos básicos: lavarse las manos, mantener al recién nacido caliente y el contacto cercano con su madre.

En la década del 70 se desarrolla en Francia el concepto de perinatalidad, inspirado en las ideas de Pinard, poniéndose el acento en la consulta previa a la concepción, a la vigilancia médica durante el embarazo y a la facilitación de los nacimientos en lugares técnicamente y humanamente adaptados.

La esperanza de vida de los niños que nacieron a partir de 1985 supera en 20 años a la de los nacidos a principios de siglo.

Hace apenas 30 años se consideraba a los niños prematuros como muy frágiles y débiles, por lo que se aconsejaba no tocarlos y manejarlos lo menos posible, tardíamente se reconoció el valor que tiene para la recuperación del bebe el contacto con la madre o el padre, así como también la colaboración de los mismos en alguna tarea atribuida al personal medico. El tiempo fue demostrando que esto no aumentaba el riesgo de infecciones como se suponía sino por el contrario facilitaba la tarea y mejoraba el desarrollo del bebe (Vega, 2006).

La prematurez es el nacimiento de un niño de edad gestacional inferior a 37 semanas según la definición de la Organización Mundial de la Salud (1961). El excesivo adelantamiento del término del embarazo es la causa mas frecuente de internación, la prematurez no permite un completo desarrollo de órganos y aparatos, en particular los



pulmones y cerebro, junto con todos los problemas debidos a una inmadurez de las capacidades homeostáticas. La duración de la internación y el pasaje de un sector a otro dependerán de la gravedad del neonato, del peso y edad gestacional y de la rapidez para adquirir homeostasis satisfactoria. Se trata de permitir la más rápida inserción posible en el ámbito familiar (Ornales, 2006).

El recién nacido en la unidad de neonatología comienza la adaptación a su vida extrauterina en un entorno lleno de sonidos, alta iluminación, y movimiento.

El bebe prematuro de bajo peso, tiene dificultades fisiológicas relacionadas con la respiración, la circulación y la temperatura que lo obligan a un gasto energético sobredimensionado para mantener su homeostasis. Esta inestabilidad no le permite regular sus estados de alerta en forma adecuada para el intercambio social. En principio el prematuro permanece por largos periodos en sueño activo. En principio debe organizar sus funciones de supervivencia para luego organizar sus estados de alerta y por ultimo estar en condiciones de intercambiar con el ambiente a través de una atención más selectiva (Tallis J., Tallis G., Echeverria, Garbaz & Fiondella, 1995).

Se realizan controles vitales cada 4 o 6 horas, y el resto del tiempo a través del monitor con alarmas activadas y colocadas en el neonato.

- Pesaje
- Rayos
- Ecografía
- Administración de soluciones
- Control de la termorregulación
- Higiene del bebe

El ambiente que rodea al niño en la unidad de neonatología esta sobredimensionado de estímulos, el ruido continuo de aparatología, sumado a las enfermeras, médicos que circulan por la misma, a ello hay que sumarle la manipulación del niño para la toma de estudios, con lo cual hay un bombardeo constante de los mismos (Tallis J. et al., 1995).

Todo esto ha dado lugar a diferentes enfoques sobre el daño posible que puede causar en los bebes el excesivo y “agresivo” ambiente, de hecho muchos autores destacan la necesidad de recrear en las salas el ambiente intrauterino, situación imposible de lograr dado las diferentes casos clínicos que deben ser atendidos, en lo que si coinciden todos es

en la importancia de la presencia materna, aunque sea solamente para que el bebe escuche su voz, reconozca sus latidos, sea tocado, acariciado, acompañado el mayor tiempo posible (Tallis J. et al., 1995).

El ingreso de un niño a neonatología trae consigo angustia, separación del resto de la familia, es una experiencia que ninguna familia esta preparada para afrontar. Las madres de estos niños perciben a la unidad de neonatología como un ambiente desconocido y abrumador, provocándoles un desconcierto e incapacidad para comprender la información recibida por parte de los médicos. Las madres deben afrontar abruptamente una realidad diferente a la imaginada, la unidad se transforma en un lugar muy desequilibrante, respiradores, sondas, sonidos de monitoreo, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar. Las madres generalmente esperan un bebe sano y en cambio se encuentran con un niño que nació con anticipación y que depende de herramientas medicas para sobrevivir (Ruiz, 2004).

Para estas madres la devoción corriente (Winnicott, 1990) entendida como la natural disposición competente y amorosa para cuidar de su bebe no puede desplegarse, ya que estos neonatos reciben cuidados especiales que necesariamente desplazan a los padres del rol protector, llevándolos a sentir incluso algunas veces que son la causa del problema, o la culpa por el estado del bebe (Fava Vizziello, Zorzi & Bottos, 1993).

Frente a la detención abrupta de la gestación, se produce una fractura en el vinculo de la madre-hijo que sumado a los temores por la situación vivida se le agrega estar sumergidos en un ambiente de suma complejidad en donde no saben cual es el rol que juegan. Están frente a un bebe que no emite señales de demanda, que establece poco contacto ocular, con un llanto débil, que permanece largo tiempo dormido, que no puede ser alimentado con pecho o biberón, a veces incluso con la prohibición de ser manipulados por la aparatología presente. Estas dificultades iniciales constitutivas del vínculo suelen prolongarse por un tiempo (González, 1996).

La internación de un bebe esta inmersa en la incertidumbre, por un lado los bebes son extremadamente vulnerables, pero al mismo tiempo pueden mostrar una capacidad de recuperación, de manera que es muy difícil establecer precisiones frente al diagnostico inicial.

Tener un bebe enfermo expone a los padres a un proceso complejo que afrontaran con mas o menos eficacia, en el cual se mezclan emociones ambivalentes, sentimientos de culpa, perdida, de fracaso, frustración, angustia (Levobici, 1983).

Es por todo esto que se hace necesario e imprescindible la involucración de los padres en este contexto de hospitalización, siendo necesario crear un ámbito en donde ellos puedan contribuir en el cuidado de su hijo, recuperar la confianza en el rol paterno y darle el valor que deben tener. En Argentina fue el Doctor Florencio Escardo el que permitió por primera vez el ingreso de las madres a neonatología logrando con esto el mantenimiento del vínculo afectivo, así como también una recuperación más exitosa del niño. Hoy existen salas de internación conjunta que permiten la participación activa de las madres durante la internación.

Es de considerar que si no se logra ayudar a las madres durante éste período, el cuidado médico brindado al niño pierde en parte su verdadero sentido, al poner en riesgo el apego y la calidad de vida futura de éste y su familia (Muniagurria, 1998). Por lo tanto se considera indispensable crear un espacio de apoyo y contención en el servicio de Neonatología.

Acompañar el proceso de internación es beneficioso en ese aspecto para todo el grupo familiar

### **3.3 ROL DEL PSICOLOGO Y GRUPOS DE APOYO**

Inicialmente el ámbito de la neonatología fue exclusivamente medico. En nuestro país, hace aproximadamente 12 años, se integro al psicólogo en el trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Las herramientas clásicas que brinda la psicología clínica para el tratamiento de los problemas y conflictos, no son las mas aptas para abordar este tipo de situaciones criticas, esto dio lugar a un modelo de asistencia con una perspectiva multidisciplinaria (Vega, 2006).

Cabe mencionar que si bien los avances en el cuidado de los recién nacidos han significado un progreso notable en la neonatología moderna al disminuir el índice de mortalidad neonatal, estos resultados han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre las madres. La experiencia demuestra que la internación de un hijo en la

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), provoca reacciones diversas en general intensas y perturbadoras (González, 1996).

En los últimos años, se han comenzado a realizar investigaciones sobre la base de diferentes abordajes clínicos en los que el eje no es sólo el desarrollo y la maduración del recién nacido prematuro o con alguna patología orgánica, sino también las necesidades psicológicas de las madres y otros miembros de la familia (González, 1996).

Estos cambios se fueron dando a medida que surgieron a la luz la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que determinaban el desarrollo de éstos niños. El desarrollo no solo depende del estado clínico del niño y de las complicaciones pre y post natales, sino también de los vínculos que establece el bebé con sus padres.

Este vínculo se encuentra en estrecha relación con los estados afectivos que suelen presentar los padres durante la internación, por ejemplo: el estrés, la depresión y la falta de apoyo del entorno en esos momentos críticos. Este giro en la mirada implica una visión más integradora hacia el futuro desarrollo del niño y trae aparejado en consecuencia una humanización de la Terapia Intensiva Neonatal (Ruiz, Ceriani Cernada, Cravedi & Rodriguez, 2005).

Fava Vizziello et al. (1993) sostienen que a pesar de una mayor concientización por parte de los neonatólogos y enfermeras sobre la importancia de los vínculos tempranos, se pueden encontrar diferencias entre un servicio y otro, así como también en el mismo servicio, que son consecuencia de variaciones de actitud del personal del servicio y de la organización de horarios.

A su vez, la inclusión de los psicólogos en dichos servicios adquiere diferentes modalidades de acuerdo con la historia del servicio y el tipo de colaboración que entre los diferentes profesionales se ha establecido. Las intervenciones varían de acuerdo al profesional que está a cargo de impartirla, al marco teórico al que pertenece, al tipo y duración de la misma y a quienes esta destinada (Ruiz et al., 2005).

Oiberman dirige un programa, iniciado en 1991, destinado a madres y bebés internados en los servicios de Neonatología del Hospital Ana Goitia, ubicado en el partido de Avellaneda.

La modalidad de trabajo se basa en acompañar la guardia neonatológica y obstétrica en un trabajo interdisciplinario, y con características específicas. Se trata de un trabajo

conjunto con los otros profesionales de la salud, permitiendo la confluencia de saberes, y la incorporación de la dimensión emocional del nacimiento al enfoque médico.

Es desde ahí donde como establece Oiberman (2005) que surge la palabra que permite reorganizar los sucesos vividos anteriormente dando la posibilidad a la madre de reconstruirlos.

Este modelo de trabajo parte de comprender que la demanda proviene del servicio y no del paciente, la aceptación de un encuadre diferente al habitual (inexistencia de un consultorio) y compartir el trabajo con médicos y enfermeras (Oiberman, 2005).

El objetivo es incluir la dimensión psicológica en el abordaje de la problemática de la madre y su bebé, tendiente a brindar ayuda a la madre en esta etapa de crisis y vulnerabilidad.

Los psicólogos perinatales deben tener flexibilidad teórica y práctica necesaria para abordar situaciones muy diversas y crear diferentes estrategias de intervención en cada caso, así como también poder actuar como nexo entre los profesionales médicos y el grupo familiar. Por otra parte tienen la posibilidad de realizar tareas preventivas en salud mental a través de la detección precoz que se logra mediante la temprana observación de la interacción madre-bebé.

Las intervenciones del equipo operan sobre las alteraciones que pueden producirse en el proceso de embarazo, parto, puerperio y en los tres primeros años de vida (Oiberman, 2005).

Se trabaja mediante la observación realizada diariamente en el recorrido por las salas, la realización de una entrevista psicológica diseñada para ser aplicada durante la internación de la embarazada como en el posparto inmediato que luego se incorpora a su historia clínica, y los grupos de soporte.

Permite jerarquizar la palabra y transformarla en un puente entre el equipo médico y las madres humanizando aún más el proceso de nacimiento, brindando un espacio donde la madre y su familia expresen a través de la palabra sus emociones, sus angustias y sus ansiedades (Oiberman, 2005).

Se intenta preservar el vínculo mamá-bebé, se trata de recuperar la experiencia de tener un bebé en medio del sufrimiento que supone la internación, permitiendo que las madres expresen sus angustias, temores y fantasías (Mercado, 2004).

Ruiz (2004) menciona las intervenciones psicológicas posibles en cada momento por el que atraviesa la madre del neonato prematuro. En un primer momento ante el impacto del nacimiento del niño con problemas, es indispensable crear un espacio de contención y apoyo, facilitando la creación de una matriz de sostén para dichas madres.

En un segundo momento donde se realizan los primeros contactos madre-bebé, es necesario acompañar a las madres durante la hospitalización, estimulando la interacción entre ambos.

En un tercer momento donde el niño ha salido del estado crítico y se ha trasladado a la UCIN, se trabaja en el fortalecimiento de las funciones maternas. Y por último, el cuarto momento es cuando se las prepara para el alta del niño, la salida del hospital y la organización del hogar (Vega, 2006).

Se busca atender a los padres brindando información, ayudándolos a tolerar la incertidumbre permanente, situarlos frente a la enfermedad de su bebe, desculpabilizarlos, respetar sus hipótesis, facilitar su participación, incluir y tener en consideración la red social que sostiene a esa familia.

En cuanto a los médicos y enfermeras se trata de valorizar su rol, facilitar la tolerancia, el contacto emocional con el paciente y su familia, compartir responsabilidades, propiciar el dialogo entre ambos (Vega, 2006).

Tomando los conceptos de Yalom (1984) se trabaja con la universalidad, altruismo, cohesión grupal, conducta de observación, reparto de información, catarsis y factores existenciales.

Según Vega (2006) dentro de los ejes temáticos específicos que se trabajan en estos grupos podemos señalar e identificar los siguientes:

**Neonatología:** falta de comprensión de la información medica, impresión de ver a los bebes en situación de extrema vulnerabilidad, angustia por no poder estar junto a su bebe, dificultades en el trato con las enfermeras.

**Familia:** preocupación por no poder estar con ellos sobretodo si hay más hijos, celos de hermanos, conflictos de pareja, lugar del padre, apoyo y sostén familiar.

**Vinculo madre-bebe:** ser una buena o mala madre relacionado con la presencia o ausencia en neonatología, capacidad para cuidarlo, ambivalencia y rechazo hacia el bebe, frustración respecto a los avances del tratamiento, lugar del bebe en el proyecto familiar.

**Cuidados:** temor a lastimar al bebe, aprendizaje de nuevas capacidades, diferencias entre el padre y la madre.

**Esperanza:** necesidad de ver los aspectos positivos dentro de la experiencia dramática, proyectar a ese bebe, cumplimiento de expectativas previas al nacimiento.

**Médicos:** dificultades para comprender la información brindada por los mismos, temor ante ciertos procedimientos invasivos, falta de empatía.

**Temores frente al alta:** dudas sobre la capacidad para el cuidado del bebe fuera del contexto hospitalario, pérdida del sostén sobretodo en los casos de internaciones complejas y prolongadas.

**Temas aislados:** lactancia, cansancio, ansiedad.

Cuando él bebe entra en neonatología, los padres durante su internación buscan información y la reciben de una variedad de fuentes, además de la palabra del personal medico. Primero comienzan conociendo el espacio, su distribución, lo que en este caso tiene un significado clínico ya que el estado del bebe tiene relación en cuanto donde se lo ubica como también se relaciona con su traslado de lugar, todo va dependiendo de la gravedad del prematuro.

Los padres prestan atención a los gestos del personal, tono de voz, miradas, todo tipo de información no verbal. Comparan a su bebe con los otros, hablan con las mamás o familiares de los otros internados, buscan indicios que le permitan comprender mejor que le pasa a su hijo (Vega, 2006).

Las madres deben afrontar abruptamente una realidad muy diferente a la imaginada, la Unidad se transforma inevitablemente en un lugar muy desequilibrante: respiradores, sondas, sonidos de monitores, caras serias, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar (Muniagurria, 1998).

Las madres por lo general esperan un bebé sano y en cambio se encuentran con un niño que nació con muchas semanas de anticipación, o con alguna enfermedad orgánica al que no puede cuidar ella misma y que depende de los médicos y máquinas para subsistir.

Cabe mencionar que todas las madres desean tener hijos sanos y felices, en el caso en que esto no suceda, el costo de ansiedad, frustración, desavenencias y tal vez, vergüenza o culpa pueden ser muy elevados (Bowlby, 1989).

Por lo tanto la situación en general es un verdadero shock donde todas las alegrías y esperanzas de los meses pasados se desvanecen (Fava Vizziello et al., 1993). La maternidad se convierte en un estado de estrés y preocupación altamente significativo (Muniagurria, 1998).

Muniagurria (1998) subraya la importancia del abordaje en tres planos: familiar, personal y vincular. Remarca la importancia de trabajar en forma interdisciplinaria, donde los aportes de cada especialista esclarecen a los otros profesionales buscando lograr la unidad en el plano somático y psicosocial para adaptarse a las reales necesidades del niño y su madre.

Es ahí en donde el psicólogo comienza a actuar tratando de aliviar el padecimiento que pueden estar afrontando estos padres. Entre otras funciones actúa de nexo entre los pacientes y los médicos-enfermeras.

Tomando a Yalom (1984) se trabaja con el concepto de incertidumbre; definiendo a la misma como medida de información, probabilidad de que ocurra algo; por eso es de suma importancia la comunicación del diagnóstico.

La familia elabora esa información de acuerdo a su estilo atributivo, y a veces no la reciben de la misma forma en que fue enviada, con lo cual los psicólogos deben trabajar conjuntamente con la misma para que esta sea comprendida, internalizada y aceptada para poder acompañar al bebé en su tratamiento.

Cuando el tiempo de internación se prolonga los psicólogos trabajan con lo que ayuda a tolerar la incertidumbre que es la esperanza, que puede alcanzar una dimensión religiosa o una esperanza en la recuperación de fuerza para lograr el bienestar, el psicólogo acompaña este proceso y frente a la demanda de los padres que expresan sus deseos de recuperar o encontrar fuerzas para resolver la situación se trabaja con todas las intervenciones terapéuticas que apuntan a desarrollar la fortaleza, se trabaja con la posibilidad de creer que se puede cambiar el curso negativo, que un futuro mejor es posible, en fijar nuevas metas (Vinogradov & Yalom, 1989).

Todo esto en cuanto a lo individual; pero también se trabaja a nivel grupal.

Los grupos de padres son un espacio que en principio permiten compartir la experiencia, lo cual provoca alivio, poder expresar el dolor y sentirse acompañado por



personas que padecen lo mismo disminuye la ansiedad y previene la aparición de otras sintomatologías tales como la depresión puerperal.

El grupo es un instrumento que le permite al psicólogo realizar distintas intervenciones que refuerzan las defensas de los padres, potencian sus recursos para afrontar este periodo de internación y previenen patologías futuras (Yalom, 1984).

Poder contar con servicios de psiconeonatología es una oportunidad para desarrollar una práctica más efectiva y benéfica que permita ayudar in situ a personas que están padeciendo mucha angustia y dolor.

## **4. DESARROLLO**

### **4.1. Método**

**Tipo de Estudio:** Estudio descriptivo.

**Metodología:** Cualitativa

**Modalidad:** Descriptiva Observacional

**Muestra:** Seis madres con sus bebés internados en neonatología por prematuridad.

#### **Instrumentos:**

Se llevo a cabo una entrevista semiestructurada con cada una de las madres que integran la muestra de este trabajo, véase anexos.

En esta entrevista se indagó:

- Contexto familiar, económico y social,
- aceptación del embarazo,
- controles y evolución durante el mismo,
- motivos de internación del bebé,
- dificultades en el vínculo madre-bebé
- angustia por la gravedad del bebé,
- angustia por separación,

Se realizaron también observaciones directas, apuntadas en un diario de registro informal, en la sala de neonatología, sin intervención, para evaluar la forma en que la madre se vinculaba con el bebé y la respuesta del mismo frente a esta forma de contacto.

## 5. PROCEDIMIENTO

### 5.1 Entrevistas

#### A y M:

Edad de la madre: 28 años

Motivo de internación: bebe prematuro (27 semanas) problemas respiratorios y bajo peso.

Grupo familiar: se encuentra sola, sin pareja estable.

Hijos: uno de matrimonio anterior, 6 años de edad.

Situación de pareja: sola

Ocupación: Trabaja en un comercio, es jefa de hogar.

Embarazo: Aceptación: en principio no, controles: a partir de los tres meses, bebe soñado: no.

Durante el embarazo se sintió: físicamente: bien, emocionalmente: mal.

Parto: normal

Lactancia: sonda

Sucesos significativos: embarazo no buscado, se encuentra sola., problemas económicos, problemas con la bebida.

Presenta angustia por la internación del bebe.

Frente al nacimiento/ internación: angustia por separación, dificultad en el vinculo.

Red familiar y social: Pobre

#### Observaciones:

A es madre soltera, tiene un hijo de seis años de edad de un matrimonio anterior y a M de 28 semanas que se encuentra internado en neonatología.

M nació de 27 semanas con un cuadro de bajo peso y problemas respiratorios.

A es jefa de hogar por lo que no tiene tiempo para concurrir al hospital.

Cuenta que se enteró de su embarazo a los tres meses, que no fue buscado ni deseado, posteriormente comenzó con los controles pero expresa que continuó fumando y bebiendo alcohol. El padre de M no se encuentra presente por lo cual ella se hace cargo sola de sus dos hijos. Su madre cuida al mayor cuando ella esta en el Hospital.

Su vínculo es pobre, no se anima a tocarlo y expresa que le da impresión que sea tan chiquito y que tenga tantos cables a su alrededor.

Se pudo observar que frente a la posibilidad de sostenerlo prefería dejarlo en su cuna, evitando el contacto corporal, también es importante señalar que durante las recorridas se advirtió que su mirada generalmente se encontraba en dirección opuesta al bebé.

### **J y M:**

Edad de la madre: 20 años

Motivo de internación del bebé: bebé prematuro 30 semanas, bajo peso.

Grupo familiar: Madre, 35 años, Hermanos: 18, 15 y 4 años. Padre: ausente. Vive con ellos y su pareja de 18 años. El sostén económico es la madre y su hermano mayor.

Actualmente la pareja se encuentra desocupado.

Ocupación: No trabaja

Embarazo: aceptación: sí, controles: no.

Durante el embarazo se sintió: físicamente y emocionalmente bien.

Parto: cesárea.

Lactancia: sonda.

Sucesos significativos: si bien no fue un embarazo planificado comenta que siempre desea tener un hijo.

Contexto social: desocupación, problemas económicos, problemas familiares.

Frente al nacimiento: Presenta negación por la gravedad del bebé, actitud de extrañeza hacia el bebé, dificultades para el vínculo.

Red familiar: Amplia aunque débil en cuanto apoyo.

### Observaciones.

Se pudo observar que J se encuentra siempre en el hospital aunque mayormente fuera de la sala y no junto a su bebé, comenta que siempre quiso tener un hijo y que quiere irse rápidamente del hospital. Se la ve sola, aunque señala que tiene pareja y que no puede acompañarla porque se encuentra buscando trabajo.

Cuando se le pidió sostenerlo para realizar el cambiado manifestó que le daba impresión sus cables.

Cotidianamente pregunta en que fecha le darán el alta, aunque las enfermeras le señalan que él bebe es muy chiquito y requiere cuidados especiales.

Podemos inferir que Jaqueline presenta una dificultad para la comprensión de la información acerca del estado de salud real de su bebe, lo que impide que la misma logre conectarse con su hijo dado que esta mas pendiente del alta que del estado del mismo.

### **J y S:**

Edad de la madre: 31 años

Motivo de internación del bebe: bebe prematuro, 31 semanas, bajo peso y dificultades respiratorias.

Grupo familiar: casada, vive con su marido y sus cuatro hijos. Actualmente el marido esta desocupado.

Ocupación: trabaja por hora en casas de familia. No tienen trabajo estable.

Embarazo: aceptación: si, controles escasos.

Durante el embarazo se sintió físicamente: mal ya que manifiesta que tuvo que seguir trabajando mucho por ser el sostén familiar, y emocionalmente mal, preocupada sobretodo por la manutención de sus hijos.

Problemas maternos asociados al embarazo: hipertensión, internación durante la semana 25 por esta causa. Se le había indicado reposo y cuidados.

Parto: normal

Lactancia: sonda.

Sucesos significativos: problemas con su pareja, desocupación.

Manifiesta que durante el embarazo sufrió problemas de violencia familiar.

Frente al nacimiento: rechazo, negación, dificultades en el vínculo.

Red social y familiar: débil.

### Observaciones:

J es jefa de familia y el único sostén de sus hijos. La mayoría de las veces que se realizo la recorrida por la sala no se encontraba presente.

Manifestó sentirse muy cansada y sin ayuda familiar. Se pudo observar en las oportunidades que asistió a neonatología su escaso vinculo con él bebe.

No se observan preocupaciones ni culpas por no estar presente, las pocas entrevistas que lograron llevarse a cabo con la misma remarcaron una justificada ausencia debido a su jornada laboral y la demanda de sus otros hijos en casa.

Se puede observar un cansancio extremo y muy poca o casi nula conexión con su bebe.

### **R y C:**

Edad de la madre: 27 años

Motivo de internación: bebe prematuro 28 semanas, bajo peso, cardiopatía congénita.

Grupo familiar: Vive con su padre, que trabaja y es el jefe del hogar y cinco hijos de parejas anteriores. Se encuentra sola, sin pareja estable.

Ocupación: No trabaja. Desempleada.

Embarazo: aceptación si, controles: no.

Durante el embarazo se sintió: física y emocionalmente bien. Observaciones: manifiesta problemas hacia a bebida, y manifiesta que no fue un embarazo buscado sino producto de una relación ocasional.

Problemas maternos asociados al embarazo: infección urinaria, contracciones prematuras.

Parto: normal.

Lactancia: sonda

Sucesos significativos: adicciones, desocupación, patología similar en otro hijo.

Frente al nacimiento: rechazo, negación, dificultad para el vínculo.

Red familiar: amplia pero débil.

### Observaciones:

La presencia de la madre en la sala fue muy limitada, los médicos señalaron que era muy difícil contactarla y a la vez necesario hacerlo por la dolencia del bebe y la necesidad de estudios constantes.

Se mostro distante al contestar las preguntas realizadas e indiferente hacia él bebe.

Se pudo observar que frente al llanto del bebe su reacción primaria fue llamar a la enfermera y luego retirarse de la sala.

Su vínculo es distante y frío, parece no interesarse en lo mas mínimo por las necesidades y el estado de salud de su bebe.

Su actitud a lo largo de las entrevistas es distante y tajante, no se muestra predispuesta al dialogo, refiere no necesitar ni querer ayuda la cual fue ofrecida debido a la problemática congénita de su bebe. El equipo de profesionales de la sala la definen como una paciente problemática.

**P y S:**

Edad de la madre: 26 años

Motivo de internación: bebe prematuro, 32 semanas, bajo peso, asfixia al nacer.

Grupo familiar: vive con su marido y dos hijos.

Ocupación: Ama de casa

Embarazo: aceptación: si, controles: si. Fue un embarazo buscado.

Durante el embarazo se sintió: física y emocionalmente bien.

Problemas maternos asociados al embarazo: no manifiesta.

Parto: cesárea de urgencia.

Lactancia: sonda.

Sucesos significativos: muerte de su madre en el 6to mes de embarazo.

Frente al nacimiento: angustia por patología del bebe, temor por la gravedad, ansiedad.

Red social: fuerte.

Observaciones:

P se encuentra siempre junto a la cuna de su bebe, se la ve cansada y manifiesta sentirse muy angustiada frente a la situación de internación.

Se muestra muy predispuesta a contestar y a hablar sobre su bebe. Señala en varias oportunidades no entender porque le paso esto a su hija, si en los dos partos anteriores salió todo con normalidad. Las enfermeras destacan que se encuentra siempre presente e interesada en cada intervención o estudio a realizar; y que al retirarse por la noche se la ve muy triste.

Siempre que se lo permiten toma a su bebe en brazos y en caso de no poder manipularla posa su mano en ella, le habla, le canta para calmarla, la mira constantemente, incluso cuando habla conmigo.

Se observo un vinculo muy fuerte con su bebe.

## **A y T:**

Edad de la madre: 24 años

Motivo de la internación: bebe prematuro, 35 semanas, bajo peso.

Grupo familiar: vive con su marido.

Ocupación: Ama de casa

Embarazo: aceptación: si, controles: si.

Durante el embarazo se sintió física y emocionalmente bien. Manifiesta que fue un embarazo buscado, que junto a su marido desean formar una gran familia.

Problemas maternos asociados al embarazo: contracciones prematuras.

Parto: normal.

Lactancia: sonda.

Sucesos significativos: no manifiesta.

Frente al nacimiento: angustia por la internación, culpa.

Red social: amplia y fuerte.

### Observaciones:

Se pudo observar que ambos padres se encontraban presentes durante la internación.

Dado la situación del bebe; que no era de riesgo; se le permitía a la mamá la colaboración en el cuidado del mismo, lo que A realizaba con mucha ternura y delicadeza.

Se la vio relacionarse con él bebe, tenerlo la mayor parte del tiempo en su pecho, tocarlo, mirarlo, hablarle en un tono suave y amoroso.

Señalo que se encontraba muy triste por la situación de internación, y que su deseo era volver a su casa con su bebe en brazos. Manifiesta sentirse culpable “porque paso si yo me cuide y le hice caso al doctor, vine a todos los controles”.

Se la nota con mucha predisposición a hablarnos y contarnos que estaba preparando las cosas para la llegada de su bebe, que como era varón le habían comprado ropa del cuadro del padre, que es su primer hijo y estaban muy contentos, que no entiende porque le paso, y los médicos no le explican”.

Se observa un fuerte vínculo con su bebe y con su marido.

Fig. 1: Cuadro comparativo de las entrevistas

Diada madre - bebe	A y M	J y M	J y S	R y C	P y S	A y T
<b>Edad</b>	28 años/27 semanas	20 años/30 semanas	31 años/31 semanas	27 años/28 semanas	26 años/32 semanas	24 años/35 semanas
<b>Motivo de internación</b>	Prematurez	Prematurez	Prematurez	Premat./cardiopatía	Prematurez	Prematurez
<b>Pareja</b>	No	Si	Si	No	Si	Si
<b>Otros Hijos</b>	1	0	4	5	2	0
<b>Aceptación del embarazo</b>	A los 3 meses	Si	Si	Si	Si	Si
<b>Control médico: embarazo</b>	A los 3 meses	No	Escasos	No	Si	Si
<b>Parto</b>	Normal	Cesárea	Normal	Normal	Cesárea	Normal
<b>Lactancia</b>	Sonda	Sonda	Sonda	Sonda	Sonda	Sonda
<b>Embarazo buscado</b>	No	No	No	No	Si	Si
<b>Problemas económicos</b>	Si	Si	Si	Si	No	No
<b>Adicciones: alcohol/drogas</b>	Si	No	No	Si	No	No
<b>Violencia Familiar</b>	No	No	Si	No	No	No
<b>Trabaja</b>	Si	No	Si	No	No	No
<b>Sostén familiar</b>	jefa de hogar	madre-hermano	jefa de hogar	su padre	su pareja	su pareja
<b>Red Social y Familiar</b>	Pobre	amplia/débil	Débil	amplia/débil	Fuerte	amplia/fuerte
<b>Emoción Manifiesta</b>	Angustia/ Rechazo	Negación	Rechazo	Rechazo	Angustia	Angustia

### Objetivo 1: Describir el vinculo madre-bebe en condiciones de internación.

Desde el momento del nacimiento la atención se vuelca hacia él bebe, la madre generalmente siente el deseo de pasar muchas horas simplemente contemplando su hijo, abrazándolo, haciéndolo suyo. En algunas madres esto ocurre pronto, tal vez cuando lo sostiene por primera vez, o cuando él bebe la mira a sus ojos, sin embargo para algunas mujeres cuyos bebes se encuentran hospitalizados; esto puede postergarse hasta que se encuentren en su hogar.

Ante el ingreso del neonato en la UCIN, las madres deben afrontar diferentes dificultades: la separación que provoca toda hospitalización, la incómoda estadía en la misma, la aceptación de la patología neonatal, el proceso de alta o en algunas ocasiones, la muerte del neonato y el proceso de duelo. En algunos casos se suman otros factores como es el cuidado de sus otros hijos, o la derivación a otro centro asistencial de mayor complejidad en otra ciudad, que trae aparejado no solo la internación del niño sino también el desarraigo de éstas madres de su lugar de origen y la separación de la familia, tornando más traumática la hospitalización (Jiménez Parrilla et al., 2002).

Esto puede ocasionar problemas en la mayoría de los aspectos de la vidas, como por ejemplo: la separación de los padres entre sí y de otros miembros de la familia, generando



por ende una mayor necesidad de apoyo psicológico y preocupaciones económicas (Van Riper, 2001).

Hay que tener en consideración que en los primeros días de vida se produce el proceso de apego entre la madre y el niño, como un proceso que va sucediendo gradualmente. Si permanecen separados el proceso se hace más complejo hasta poder llegar a una difícil interacción en los meses siguientes (Bowlby, 1989).

Cuando el niño nace con algún problema las dificultades de relación aumentan, ya que las madres manifiestan una conducta afectiva conflictiva, frustración y culpa por no haber engendrado un niño normal, rechazo y hostilidad respecto al hijo que no cumplió con sus expectativas (Fava Vizziello et al., 1993).

Cuando la madre y su bebe se encuentran comienza una interacción que incluye desde el saludo inicial, expresiones faciales, vocalizaciones, caricias, llanto y formas de tranquilizarlo, diálogos, todo tipo de interacción verbal y no verbal (Oberman, 2001). La observación directa es la que nos permite apreciar como se desarrolla este vínculo materno filial, como responde la madre a las señales del bebe, si son tomadas en cuenta o por lo contrario si son ignoradas (Bowlby, 1989).

El apego madre-hijo ya obstaculizado por la necesaria separación que la internación impone, corre el alto riesgo de patologizarse, ya que las ansiedades de las madres por sus bebés en los primeros momentos después del nacimiento, pueden afectar la relación con el niño hasta mucho tiempo después. Teniendo en cuenta que el posparto inmediato es importantísimo en la formación del vínculo afectivo madre-bebé (Klause & Kennell, 1973).

Winnicott (1956) señala que estas madres pueden reaccionar con episodios depresivos o persecutorios, lo cual les impide llevar a cabo su función de sostén de la díada.

Muniagurria (1998) menciona diferentes momentos emocionales más o menos intensos y observables, de acuerdo a la estructura de cada personalidad, sobre las que influyen entre otras la historia obstétrica y la historia familiar, que atraviesan las madres en esta situación.

En un primer momento, al cual la autora llama de *Shock inicial*, se caracteriza por un estado de confusión y conmoción. El cual ocurre en los primeros momentos posteriores

al parto. Donde las madres están confundidas mentalmente, desbordadas en su emocionalidad ante un niño que ha nacido enfermo o prematuro.

En un segundo momento, aparece la *negación* ya que la realidad se les hace muy difícil de aceptar, necesitan ignorar la información que su psiquismo no está en condiciones, aún, de recibir. En ese momento tienen miedo de conocer el parte médico.

La etapa del enojo, no será necesariamente transitada por todas las madres, ni con la misma intensidad, dependerá de múltiples variables como son: historia personal familiar, historia obstétrica previa, vinculación con el personal, estado de salud del bebé. Las madres en tales circunstancias suelen presentar una desmedida sensación de impotencia la cual proyectan en los referentes más cercanos: médicos y enfermeras.

La etapa subsiguiente se caracteriza por la pregunta de por qué les ha tocado a ellas atravesar por esta situación, por lo tanto se puede decir que se inicia un mayor contacto con la realidad. En el momento en que las madres empiezan a manejarse dentro de la Unidad de una manera más autónoma sus oscilaciones emocionales son menos marcadas, la interacción con el hijo es más plástica. Están transitando el período denominado de re-equilibración, en la que la madre y el bebé empiezan a construir su particular modalidad de interacción (Muniagurria, 1998).

Algunos indicadores del inicio de esta etapa suelen ser un mayor cuidado en el arreglo personal, ansiedad por el alta del bebé y manifestaciones sutiles de celos hacia las enfermeras.

Durante las observaciones y entrevistas realizadas se pudo observar que el vínculo madre-bebe difiere en las distintas madres.

Como señalamos previamente es en los primeros días de vida que se produce el proceso de apego, el cual si madre y bebe se encuentran separados este se torna mas complejo, cuestión que sucede en estos casos ya que los bebes deben permanecer separados de sus madres durante el tiempo de internación, permitiendo de acuerdo a la gravedad del mismo, mayor o menor presencia y colaboración maternal.

Este proceso de apego fallo claramente en las cuatro primeras madres, no se observo en estas mamás la accesibilidad hacia el bebe como tampoco la protección y el consuelo”...cuando lloro llamo a la enfermera, su mirada hacia otro lado opuesto a la cuna...”.

Se pudo observar que en las cuatro primeras existe claramente una dificultad en el vínculo no solo por las respuestas dadas "...no fue un embarazo deseado, pareja ocasional, falta de presencia en la sala...", sino porque a través de las observaciones realizadas "...lugar de posición del bebe, falta de contacto visual, ausencia de contacto verbal..." no podemos observar la diada mama-bebe como señala Spitz; no encontramos ese dialogo no verbal que implica miradas, contacto, sostener y ser sostenido (Spitz, 1965). No se observo esa comunicación que identifica y hace única la relación-vínculo mama-bebe.

La falta de sensibilidad extrema que señala Winnicott (1956) que le permite a la madre identificar las necesidades de su bebe y satisfacerlas tampoco se observa en las cuatro primeras entrevistadas. El niño no es sostenido (holding) ni física ni emocionalmente por estas madres que en principio manifiestan el no deseo de su embarazo, como también la falta de preocupación maternal.

En las dos ultimas si podemos hablar de vínculo, ambas se encuentran muy angustiadas por la situación que debe pasar su bebe "...sondas, cables, análisis..." expresan mucha tristeza por la realidad que les toco vivir que es diferente a la pensada. Si se observo ese proceso comunicacional, ese enamoramiento con el que se compara a la diada mama-bebe, como también la preocupación maternal que señala Winnicott que les permitió a estas dos mamás estar atentas y responder a las necesidades de su bebe (Winnicott, 1986). Pudimos observar en ellas la forma en que sostenían a su bebe, la seguridad que le brindaban con sus brazos como también el dialogo que iniciaban con ellos, a través de caricias, besos, sonrisas.

En estos dos casos se observo la angustia que provoca la internación de sus hijos y la necesidad de preservar el vínculo más allá de las condiciones hospitalarias. Si bien ambas manifestaban sentirse culpables "le hice caso al doctor, porque me paso si me cuide..." y por momentos emocionalmente confundidas y con un grado alto de ansiedad por la situación que estaban viviendo ( Bowlby, 1989); podemos afirmar que en estos dos últimos casos estas madres ya se encontraban en la etapa ultima que define Muniagurria donde van dejando las preguntas de lado y empiezan a interactuar con sus hijos, involucrándose en el cuidado y la protección de los mismos (Muniagurria,1998).

**Objetivo 2: Detectar las dificultades que presentan aquellas madres cuyos hijos se encuentran hospitalizados para el desarrollo del vínculo madre-bebe.**

Cualquier madre cuyo neonato requiera el ingreso en la UCIN experimenta múltiples pérdidas. Debe superar el duelo por el deseo de un bebé saludable y no prematuro o enfermo, pérdida de autoestima y en el caso de un bebé prematuro la pérdida temprana del embarazo. Pueden asimismo resurgir pérdidas pasadas y anticipar la posible muerte del neonato enfermo por lo tanto éstas familias requieren de apoyo emocional y psicosocial (Catlin & Carter, 2002).

Brazelton y Cramer (1993) señalan que los recién nacidos sanos están programados biológicamente para ajustarse a las fantasías de las madres y recompensar el trabajo del embarazo. Ya que las madres esperan tener respuestas de su hijo, los sentimientos ambivalentes que experimentan ellas durante éste periodo las impulsan a aceptar la individualidad del bebé, aún cuando ésta singularidad no coincida con sus sueños.

En el caso de que el niño nazca con dificultades las madres tendrán que aprender a tomarlo como propio, a verlo y a quererlo más allá de las sondas, respiradores y monitores. En este difícil contexto, las madres tienen que lograr vincularse con el hijo real (Lebovici, 1983). Numerosas son las investigaciones que documentan los desastrosos efectos que provoca la separación prolongada tanto al niño como a su madre (Klause & Kennell, 1973).

Durante la internación pueden darse situaciones extremadamente intensas por las tensiones y contenidos afectivos que involucran, tanto para las madres, como para los bebés, como para el equipo asistencial tratante. Algunas de las situaciones que pueden ocurrir durante la hospitalización en neonatología son: diagnóstico y pronóstico incierto acerca del estado clínico del bebé, información de anomalías, síndromes genéticos, que puedan traer aparejada una discapacidad futura y por último la muerte del bebé (Ruiz, 2004). A continuación se describirán las situaciones planteadas.

Pronóstico y diagnóstico incierto: el diagnóstico o falta de precisión en el pronóstico de un hijo altera el psiquismo de las madres. La situación genera incertidumbre, sentimientos de inutilidad y pérdida de confianza en el equipo tratante, ya que éstas madres sienten que los profesionales no saben lo que tiene su bebé y no van a poder ayudarlo (Carter, Mulder, Bartram & Darlow, 2005).

En consecuencia en ocasiones comienzan las quejas por parte de las madres que recaen sobre el personal de enfermería o hacia el control de los estudios que le realizan al niño, con el fin de sentir que controlan la situación (Ornales, 2006).

La información de anomalías o malformaciones genéticas: partiendo de la concepción de que las madres esperan un bebé normal, saludable y a término, no están preparadas para afrontar un resultado distinto. La comunicación de que el niño nació con problemas es para ellas realmente difícil de aceptar y tolerar. La diferencia entre la fantasía preconcebida y la realidad determinan el sentimiento de pérdida. Las madres experimentan un duelo por la pérdida del niño sano y normal, mientras intentan responder a la realidad de la situación (Lebovici, 1983).

En general las madres tienen cierto grado de información antes de tener el diagnóstico de los médicos, a través del movimiento que perciben en la unidad, los estudios y cuidados que su hijo necesita van creando una hipótesis, que será confirmada o desmentida por el equipo tratante (Ruiz, 2004).

Ante el ingreso en la UCIN las madres se preocupan por los problemas médicos del niño, centrándose en la mayoría de los casos en la posibilidad de secuelas, la fecha del alta y de la normalidad del bebé. Independientemente del tipo de diagnóstico, se preocupan por aspectos de la salud básica del bebé (Catlin & Carter, 2002).

Es notorio como el aspecto físico del pequeño genera repercusiones importantes sobre sus madres, las cuales pueden determinar una influencia desfavorable sobre el desarrollo del recién nacido y el vínculo con ellas (González, 1996).

La UCIN es vivenciada por las madres como un lugar lleno de respiradores, sondas, sonidos de monitores, caras serias, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar (Muniagurria, 1998).

Se pudo observar claramente en las cuatro primeras entrevistadas importantes dificultades para establecer el vínculo.

El Apego como señala Bowlby (1985) es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores), y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de su personalidad; y que es en los primeros días de vida donde se produce. Si tomamos en cuenta a las cuatro primeras madres se puede observar que este proceso de apego no se produjo, no pudimos observar este vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo.

No se observó el reconocimiento de ese bebé que implica suscitar respuestas en sus madres “cuando lloro llamo a una enfermera, mirada dirigida hacia otro lugar...” (Bowlby, 1985).

Si bien en la investigación de este trabajo no se indagó con profundidades variables socioeconómicas, en el caso de algunas madres el rol de jefa de familia y teniendo hogares con hijos anteriores a los cuales sostener económicamente hizo que su presencia en la sala sea bastante poca.

Más allá de eso la poca interacción mostrada por ellas: ausencia de contacto visual, ausencia de contacto verbal, no sostenimiento del bebé, falta de ese diálogo único entre madres e hijos como señala Spitz (1965), muestra la gran dificultad que tienen para establecer el vínculo.

Hay que señalar que en todos estos casos el embarazo no fue buscado, ni deseado; y que si bien algunas madres luego manifestaron la aceptación del mismo, como también el cuidado (asistencia a los controles obstétricos) el impacto de ver a su hijo rodeado de cables, sondas y en un espacio que no es el deseado provocó en ellas enojo y en otras negación sobre el estado de salud de sus hijos (Fava Vizziello et al., 1993).

La forma en que la madre sostiene a su bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él; el sostén adecuado implica un cuidado y la base de seguridad para el niño (Winnicott, 1956) las enfermeras manifestaron la negativa de las primeras de tomar en brazos a su bebé, aduciendo impresión o rechazo por los cables y sondas existentes.

### **Objetivo 3: Describir el rol del psicólogo en Neonatología.**

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se puede clasificar de acuerdo a su complejidad en diferentes niveles (Sheldon & Korones, 1979).

El nivel 3 es el de máxima complejidad. Es la sala de cuidados especiales en la que se utiliza tecnología de avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar cuidados especializados a los recién nacidos, es decir, niños que requieren cirugías cardíacas, neurocirugías, diálisis, estudios y diagnósticos especiales (Sheldon & Korones, 1979).

El nivel 2 es llamado Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios brinda asistencia a niños con diferentes patologías que requieren cuidados especiales, pero que no se

encuentran en riesgo vital. Ambos niveles cuentan con servicio de laboratorio, diagnóstico por imagen y médicos de guardia durante las 24 horas (Ruiz, 2004).

En el nivel 1 se incluyen a aquellos neonatos nacidos a término y que permanecen internados en las habitaciones de la maternidad en una modalidad de internación conjunta madre-bebé (Ruiz, 2004).

Es válido mencionar otro aspecto sanitario imprescindible pero que reviste la sensación de peligrosidad de lo que allí dentro pudiera ocurrir. Antes de ingresar al área de internación neonatal los médicos, las enfermeras, los padres o cualquier persona deben realizar una serie de procedimientos de higiene. Los mismos consisten en lavarse las manos, utilizar barbijos y camisolines, a veces gorro y botas especiales además de lo mencionado anteriormente.

Los profesionales responsables del cuidado de la salud de los neonatos son los Neonatólogos, éstos son Pediatras especializados en el cuidado de bebés enfermos y prematuros, con ellos trabajan también residentes de neonatología, dietistas especialistas en lactancia y enfermeras altamente especializadas (Babson, Pernoll & Benda, 1985).

Las unidades de cuidados intensivos neonatales, están equipadas con aparatos y dispositivos de monitorización complejos diseñados para satisfacer las necesidades específicas de los bebés. Se pueden encontrar respiradores artificiales, oxígeno, monitores, incubadoras, bombas de alimentación, vía parenteral, sondas nasogástricas.

Cabe destacar que este hospital no posee psicólogos en su servicio de neonatología, la presencia del mismo es a demanda cuando los profesionales del área de salud lo creen necesario. Si cuenta con la presencia de una especialista en estimulación temprana quien fue la que permitió y acompañó el ingreso a la sala para poder llevar a cabo las observaciones descriptas anteriormente, por ende solo se podrá realizar una descripción de lo observado en la sala y no del rol del psicólogo dentro de la misma ya que carece del mismo.

En el Hospital el ingreso de los padres a la Unidad es restringido y pautado, se autorizan cada 2 horas y comienzan a las nueve y media de la mañana.

A los únicos familiares que además de los padres se les permite el ingreso es a los abuelos que pueden visitar a los bebés solo los días Domingos.

Muchas de las madres permanecen aún internadas en el hospital, mientras sus hijos están en la Unidad. Otras han sido dadas de alta y van a las nueve y media de la mañana momento en que se les entrega el parte médico. Cada dos horas las madres pueden ingresar para amamantar al bebé y en el caso de que sean alimentados por otra vía, pueden igualmente entrar para estar con sus hijos y acariciarlos.

La mayoría de los bebés que ingresan en la UCIN son prematuros es decir, nacen antes de las 36 semanas de embarazo, tienen bajo peso (menos de 2250 gramos) o nacen de embarazos múltiples (mellizos, trillizos, o más) o padecen de trastornos médicos como por ejemplo, problemas cardíacos, infecciones, defectos congénitos o síndromes genéticos (Vega, 2006).

Estos niños requieren cuidados médicos especiales, estos cuidados comprenden un amplio espectro de actividades que van desde una detenida observación directa por médicos y enfermeras de los bebés, hasta la supervisión fisiológica con aparatos electrónicos, valoración bioquímica por parte del personal de laboratorio, procedimientos diagnósticos y tratamientos. Por consiguiente en la unidad se proporcionan distintos niveles de control según la gravedad del neonato. En todos los casos es importante promover el contacto madre-bebé (Sheldon & Korones, 1979).

Las intervenciones pueden estar destinadas a todo el grupo familiar, o a la madre o a ambos padres, puede ser a través de un grupo de padres, por medio de entrevistas individuales con el psicólogo o con todo el equipo de salud, cada quince días, de manera semanal, diaria o en el momento de presentarse una crisis (Vega, 2006).

Los grupos de padres se utilizan como intervención psicoeducativa con el fin de poner en contacto a distintas familias que están pasando por una experiencia similar, de modo que puedan compartir sus miedos, angustias, dificultades y alegrías y poder así apoyarse. La finalidad de las reuniones son: ofrecer apoyo psicológico para posibilitar una mejor adaptación al nacimiento del hijo y su hospitalización, crear un espacio terapéutico con un ambiente calmado y de contención, validar la experiencia vivida por los padres, educarlos sobre el desarrollo de su hijo e identificar formas en las que ellos pueden participar activamente en el cuidado de su bebé. También mejorar la relación entre los padres y el equipo de salud, para que el clima en el área de internación especializada sea menos traumática para el niño y su familia (Valenzuela et al., 2003).



Mercado (2004) menciona que es importante un primer abordaje con las madres entre las 24 y 72 hs. del nacimiento y luego realizar reuniones con las madres que están pasando por la misma situación, donde el eje central de las mismas es brindar sostén, esperanza y un espacio para poder hablar del momento actual que atraviesan y de los recursos con los que cuentan para superarlo.

El trabajo en la maternidad se desarrolla con ciertas características específicas:

*Ausencia de demanda por parte del paciente:* es el equipo quien aborda a la madre considerando que la situación de doble crisis que atraviesa requiere ayuda in situ e inmediata.

*Demanda del equipo de salud:* es el neonatólogo, la obstetra, las enfermeras quienes reclaman por ayuda.

*Flexibilidad del encuadre:* se trabaja en donde el paciente se encuentra, frente a la incubadora, en la sala de internación conjunta, en pre-parto o en la misma sala de parto.

Estas peculiares características han permitido comprobar que la palabra emerge a partir de que el psicólogo pone el cuerpo junto a la madre, al niño y al equipo médico (Mercado, 2004).

La institución hospitalaria privilegia la salud física de ambos. Ofrecer un espacio donde la madre y su familia exprese a través de palabras sus emociones permite conocer otra dimensión: la transmisión intergeneracional de ese niño (Lebovici, 1983).

La palabra puede emerger cuando se ayuda a las madres a ordenar las emociones que surgen en el proceso de maternaje recuperando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a las madres la posibilidad de resignificarlos (Oiberman, Vega y Mercado, 2003).

Lo que las madres suelen necesitar en estos primeros momentos, es que alguien les preste su palabra y pensamiento, para ayudarlas a reorganizarse mínimamente en medio de esta sensación de vivencia catastrófica.

Una de las dificultades más frecuentes se da en la comunicación entre las madres y los profesionales de la unidad de neonatología.

Cuando los bebés son separados de sus padres para ser internados genera mucha incertidumbre y ansiedad por la necesidad de un diagnóstico. La familia necesita elaborar esa información que muchas veces no es recibida de la forma en que fue transmitida.

Por eso en cuanto a la comunicación es importante darla de manera aceptable para cada familia, transformar lo complejo en comprensible, ir de lo general a lo específico, hablar en forma directa y empática, detenerse para dar lugar a la incorporación de esa información, chequear que es comprendida y dar oportunidad de que puedan preguntar.

Esto supone un grado alto de involucración y compromiso en el proceso de comunicación (Vega, 2006).

Una de las herramientas de trabajo son los grupos, tanto de los padres y madres, como de los médicos y enfermeras. Se ha estudiado la conveniencia de trabajar con grupos de apoyo para multiplicar los beneficios, los autores señalan que cuanto más dolorosa es la experiencia, más alivio se produce por el hecho de poder compartirla y tener la libertad de expresarla. Es peor el miedo a la soledad de no poder compartir el dolor, que el dolor mismo. Para explorar estos temas el grupo es una herramienta de trabajo muy eficaz (Vega, 2006).

Los profesionales en esta área trabajan con un modelo de intervención única o urgencias, donde lo que ocurre puede ser por causas emocionales, tales como, crisis de angustia, descompensaciones psicóticas o procesos biológicos, intervenciones quirúrgicas por ejemplo. Este modelo de trabajo permite afrontar la situación crítica en el momento en que ocurre (Oberman et al., 2003).

El objetivo de la asistencia es detectar precozmente necesidades y problemas en los padres o en el grupo familiar derivados del impacto de la patología perinatal a fin de tratar, aminorar o evitar la aparición de situaciones que comprometan aún más al recién nacido y su familia (Fernandez Cuadra, Morales Castro, Malbares, Perez & Prego Maberino, 2004).

## **6. CONCLUSION:**

El principal objetivo del presente estudio fue evaluar el vínculo entre madres y sus bebés en condiciones de internación por prematuridad.

La internación en la UCIN es una de las situaciones más frecuentemente observada en la neonatología moderna debido a que el progreso tecnológico y científico de los últimos años redujo la mortalidad neonatal, aumentando la supervivencia de recién nacidos cada vez de

menor peso y con patologías más complejas. Esta situación ha provocado un número creciente de niños que requieren cuidados médicos especiales, los cuales se brindan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Ruiz, 2004).

Durante la internación, las madres deben adaptarse a un medio ambiente vivido como extraño donde se utiliza un lenguaje especializado y técnico que les es difícil de comprender, rodeadas de incubadoras, sonidos de alarmas, sondas y un gran número de personal trabajando en la Unidad (Muniagurria, 1998).

Ante el ingreso del neonato en la UCIN, las madres deben afrontar diferentes dificultades: la separación que provoca toda hospitalización, la incomoda estadía en la UCIN, el proceso de alta o en algunas ocasiones, la muerte del neonato y el proceso de duelo.

Cualquier madre cuyo neonato requiere el ingreso en la UCIN, experimenta múltiples pérdidas y atraviesa un duelo por el deseo de un bebé saludable, pérdida de autoestima y en el caso de prematuridad la pérdida temprana del embarazo. Pueden resurgir pérdidas pasadas y anticipar la posible muerte del neonato enfermo. Por lo tanto estas familias requieren de apoyo emocional y psicosocial (Catlin & Carter, 2002).

Teniendo como objetivo reconocer las necesidades de las madres desde los primeros momentos del nacimiento del niño, sería necesario acompañar los procesos de reorganización materna, a través de la creación de una matriz de apoyo y sostén que favorezca el vínculo madre-bebé y mejore la relación con el equipo de salud, con la finalidad de aminorar el estrés producido por la situación que les ha tocado vivir.

Es necesario abordar el trabajo de manera interdisciplinaria con médicos, enfermeros, psicólogos, etc. de este modo las acciones asistenciales surgirían de la integración de los diferentes profesionales que interactúan con los padres.

Basándose en todo lo anteriormente mencionado, sería conveniente entrar en contacto con la madre, ni bien sea posible, teniendo en cuenta el estado clínico de su hijo y las características del entorno familiar. Es decir, la atención psicológica se desarrollaría según las necesidades especiales de cada caso.

Se considera de especial relevancia sostener, acompañar y escuchar a las madres, ayudándolas a reorganizarse emocionalmente, brindando contención y soporte emocional.

Formar grupo de madres, ya que como se ha mencionado anteriormente estos grupos son muy beneficiosos, dado que en ellos las madres pueden compartir sus experiencias, sus preocupaciones, apoyarse y darse ánimo para sobrellevar la situación con el menor costo emocional posible.

Además les resultaría más fácil comprender a otras madres que se expresan de la misma manera que ellas que a los profesionales. Entre ellas se pueden ayudar para comprender lo que al médico no le entienden.

La razón por la cual no se tendrían en cuenta a los padres es por que ellos se encuentran ausente en la mayoría de los casos, por no poder desligarse de sus obligaciones laborales.

También resulta relevante que el psicólogo actué ante las eventuales situaciones de crisis de las madres, ya sea porque ésta se ha enterado del estado grave de salud de su hijo, o porque ha tomado conocimiento de que tiene un síndrome genético o porque se siente desbordada emocionalmente.

Trabajar con un modelo de intervención única o urgencias; este modelo de trabajo permitiría afrontar la situación crítica en el momento en que esta ocurre.

Poder llevar a cabo un acompañamiento a las madres en la misma unidad, en la sala de espera, o en la habitación, es decir, en el sitio donde se encuentren por diversas razones: para explicarles el funcionamiento de la Unidad, en qué consiste la enfermedad de su hijo, en el caso de que sea posible alcanzarle bibliografía del tema, enseñarle como colaborar con los cuidados del niño, escuchar qué es lo que sienten, preguntarles acerca de sus preocupaciones, temores, miedos, brindándoles sostén apoyo y esperanzas realistas.

Una de las debilidades del presente estudio es el pequeño tamaño de la muestra, ya que no permite sacar conclusiones que sean generalizables; solo se lo puede tomar como un estudio descriptivo. También hay que señalar como limitación a este trabajo el restringido horario de permanencia permitido por el Hospital dentro de la sala de neonatología. Si bien esto sucede incluso en el ámbito privado, cada vez mas sanatorios están modificando esta norma, ya que la presencia de los padres el mayor tiempo posible resulta ser mas beneficioso no solo para él bebe (altas mas tempranas), para el personal de enfermería (ayuda en determinadas situaciones) y en el desarrollo posterior del niño (consultas externas).

El trabajo de investigación realizado permite reafirmar la importancia de incluir la dimensión afectiva y vincular en la Unidad de Cuidados Intensivos, proponiendo la inclusión de asistencia psicológica y social a las madres de los neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital.

Asimismo hay que señalar como propuesta para mejorar la situación descrita; que existen en otros países como Colombia programas que estimulan y favorecen el vínculo materno no solo por sus beneficios emocionales para el bebé sino que también existen investigaciones que comprobaron que este vínculo generaba un desarrollo físico más temprano y saludable (OMS, 2004).

De esto trata el método Mama Canguro que es un sistema de cuidados para el niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado, basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre, que busca empoderar a los padres y transferirles gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser los cuidadores primarios de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

Como podemos observar en la guía práctica, método canguro, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2004) los componentes de la intervención completa son: Contacto piel a piel entre el pecho de la madre y el niño, 24 horas al día, en estricta posición vertical, lactancia materna exclusiva siempre que sea posible y salida temprana en posición canguro, con estricto seguimiento ambulatorio (en lugar de permanecer en unidades de cuidado mínimo neonatal).

El contacto de piel a piel, también conocido como “cuidado canguro”, lleva este nombre porque las madres canguros cargan a sus hijos en contacto piel a piel, es un método por el cual, después de nacer, el bebé es colocado en contacto con su madre, en posición vertical sobre la región torácica, entre las mamas. Esto surgió primeramente en Bogotá, Colombia, donde por falta de incubadora en la nursery para uso individual los neonatólogos invitaron a las madres de los recién nacidos prematuros a permanecer en la UCIN y a mantener a sus hijos junto a su cuerpo, piel contacto con piel, las 24 horas del día, para que así proveyeran el calor necesario para el mantenimiento de la temperatura corporal de estos recién nacidos; esto también contribuyó a la reducción de los índices de infección. Los médicos de esta unidad observaron que estos prematuros aumentaron de peso más rápido y tenía menos problemas como apnea y bradicardia.

En los Estados Unidos y en ciertas regiones de Europa son varios los centros médicos que incorporaron este método, levemente modificado, en la atención del neonato prematuro y enfermo.

Sus objetivos son:

- Favorecer el vínculo madre-hijo
- Favorecer la producción de leche materna
- Disminuir la angustia de los padres
- Preparar a los padres para el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar
- Favorecer el desarrollo neuromotor del recién nacido

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en el 2004 la guía práctica para la implementación del método mamá canguro dando cuenta de sus beneficios.

El hecho de destacar este método dentro del trabajo tiene relación ya que el mismo no requiere de recursos económicos ni presupuesto del que generalmente los hospitales públicos carecen ya que solo se necesita la participación de las madres, padres o cuidadores; que por todo lo expuesto anteriormente sería de mucha importancia para el desarrollo vincular, y para otorgarles a los padres el rol parental que muchas veces por las condiciones de internación se encuentra afectado.

Para concluir con este trabajo si observamos el cuadro de la figura 1 podremos destacar diferentes variables a tener en cuenta en el desarrollo de un vínculo madre-bebe saludable.

Debemos señalar que la edad no es una variable significativa en lo que al vínculo respecta.

Si el embarazo fue buscado o no; si es una variable importante en el nacimiento del vínculo, hay que diferenciar entre “buscado” y “aceptado”.

Las madres que no buscaron su embarazo, pero al enterarse del mismo lograron aceptarlo presentaron mayor dificultad para entablar un vínculo con su bebé, que aquellas que si lo buscaron. Esto se relaciona con el deseo de maternidad, que implica un anhelo, un proyecto, un bebé soñado y esperado, mas allá de ya haber tenido hijos.

Otro punto a destacar es que estas madres llevaron a cabo los controles obstétricos necesarios para lograr un embarazo y posterior nacimiento saludable. Si bien esto no afecta al vínculo, puede afectar la salud del bebé y como consecuencia generar sentimientos de

responsabilidad por la internación del mismo aumentando la sensación de culpabilidad materna por la totalidad de la situación.

La situación económica general, el ser el único sostén del hogar, la red social y familiar con la que se dispone conforman un grupo de variables interrelacionadas muy importantes a tener en cuenta, esto se debe a que una red débil coloca a la madre en un estado de indefensión que no le permite pedir ni recibir ayuda, ya que no cuenta con la misma, atravesando este proceso de internación de manera solitaria generando mayor dificultad para ocuparse de vincularse con su bebe.

La necesidad de trabajar para mantener a su familia, entiéndase hijos anteriores, afecta la disponibilidad horaria de la madre reduciendo a veces al mínimo el tiempo de contacto y cuidado del bebe en situación de internación. La poca presencia materna afecta significativamente el desarrollo del vínculo, si no hay presencia no hay con quien vincularse.

Se entiende que estos resultados no pueden ser tomados como datos empíricos ya que la muestra es escasa, solo 6 entrevistas semiestructuradas que no fueron científicamente diseñadas. Debe ser entendido a modo descriptivo con el objetivo de detectar las variables a tener en cuenta en futuras investigaciones a realizar y en el abordaje de estas salas hospitalarias.

Se considera que hubiese sido más fructífero disponer de más tiempo con las madres entrevistadas para poder recabar mayor información, así como también aumentar el número de entrevistas lo que enriquecería notoriamente este trabajo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Aries, P. & Duby, G. (1991). *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus.
- Babson, G. S., Pernoll, M. L. & Benda, G. (1985). *Diagnóstico y tratamiento del feto y del recién nacido de riesgo*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo Afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Los orígenes de la Teoría del Apego en Una base Segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires: Paidós.
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. & Darlow, B. A. (2005). *Infants in a Neonatal Intensive Care Unit: Parental Response*. Journal of Disease in childhood fetal and neonatal edition, 90: 109-113.
- Catlin, A. C. & Carter, B. (2002). *Creation of a neonatal end of life palliative care protocol*, Journal of perinatology, 22 (3)184-195.
- Erickson, E. (1983). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Horme.
- Fava Vizziello, G., Zorzi, C. & Bottos, M. (1993). *Los hijos de las maquinas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernandez Cuadra, G., Morales Castro, M., Malbares, G., Perez, N. & Prego Maberino, F. (2004). *Trabajo grupal con padres internados en la CTI neonatal y pediátrica*. Revista del Centro Intensivo Neonatal y Pediátrico de Medico Uruguayo, 12:270-277.
- Fiszelew, R. y Oiberman, A. (1995). *Fuimos y Seremos... una aproximación a la psicología de la temprana infancia*. La Plata.: Universidad Nacional De la Plata.
- González, M. A. (1996). *Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales*. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 15 (2):87-91.
- Jiménez Parilla, F., Loscertales Abril, M., Martínez Loscertales, A., Barbacho Morarte, M.M., Lazarote Fernandez, D., Macia, C. & Nieto Rivera, C. (2002). *Padres de recién nacidos ingresados en la UCIN impacto emocional y familiar*. Revista Voz Pediátrica, 11 (2): 27-33.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1973). *El vínculo madre- bebé*. Medica Panamericana.
- Levobici, S. (1983). *El lactante, su madre, y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu.



- Mercado, A. (2004). *Grupos de madres durante procesos críticos en torno del nacimiento*. Buenos Aires: Revista Psicodebate.
- Muniagurria, G. (1998). *Intervenciones psicosociales en la UCIN: Cuidando al recién nacido y sus padres. Simposio de seguimiento neonatal*. Congreso Perinatológico Argentino.
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés...* Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A., Vega, E. y Mercado, A. (2003). *Trastornos de angustia y Ansiedad en momentos críticos del nacimiento: Estudio comparativo de dos modelos de entrevistas*. Buenos Aires: Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman, A. (2004). *El rostro oscuro de la maternidad: el desarrollo del maternaje*. Revista universitaria de Psicoanálisis Facultad de Psicología UBA, 3:149-168.
- Oiberman, A. (2005). *Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal*. Ciudad de Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Oliva, A. (2004). *Estado actual de la teoría del apego*. Universidad de Sevilla.
- OMS. (1961). *Comité de experto: embarazadas con riesgo de prematuridad*. Ginebra.
- OMS. (2004). *Guía práctica: método mama canguro*. Ginebra.
- Ornales, L. R. (2006). *Estrés de los padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Revista de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya: México.
- Ruiz, A. L. (2004). *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Ruiz, A. L., Ceriani Cernada, J. M., Cravedi, V. & Rodríguez, D. (2005). *Estrés y Depresión en las madres. Un programa de intervención*. Revista de la Sociedad Argentina de pediatría, 103(1).
- Sheldon, B. & Korones, M.D. (1979) .*Cuidados intensivos del recién nacido*. Barcelona: Salvat.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo De Cultura Económico.
- Tallis, J., Tallis, G., Echeverría, H., Garbaz, J. y Fiondella, A. (1995). *Estimulación temprana e intervención oportuna. Un Enfoque interdisciplinario biopsicosocial*. Madrid: Miño y Derilo.
- Valenzuela, P., Ahumada, S., González, A. M., Quezada, C., Valenzuela, S., Sougarret, A. M. & Martínez, L. (2003). *Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales*. Revista chilena de obstetricia ginecológica, 68 (3) 214-220.

Van Riper, M. (2001). *Family provider relationships and well being in families with preterm infant in the NICU*. Journal of Heart & lung, 30:74-84.

Vega, E. (2006). *El Psicoterapeuta en Neonatología*. Buenos Aires: Lugar.

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1989). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.

Winnicott, D. (1956). *Preocupación Maternal Primaria*. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1986). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Madrid: Laia.

Winnicott, D. (1990). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.

8.

**ANEXOS**

## ENTREVISTA PARA MADRES –SERVICIO DE NEONATOLOGIA-

Nombre y Apellido:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Ocupación:

Estado Civil:

Grupo Familiar:

Hijos:

---

Nombre del Bebe:

Motivo de Internación:

Peso:

Semanas:

Embarazo y Puerperio:

- Embarazo buscado:
- Aceptación:
- Control médico:
- Parto:
- Lactancia:

Sucesos significativos:

---

Otros datos significativos:

---

Red familiar y social

Amplia

Escasa

Fuerte

Débil

