

Colección

*Retardo Mental y
Educación Especial*

Dirigida por

Jaime Tallis

En Madrid:

Miño y Dávila editores

Arroyo Fontarrón 113, 2º A (28030)

tel-fax: (34) 91 751-1466

Madrid · España

En Buenos Aires:

Miño y Dávila srl

Pje. José M. Giuffra 339 (C1064ADC)

tel-fax: (54 11) 4361-6743

producción editorial: minoydavila@infovia.com.ar

administración editorial: administracion@minoydavila.com.ar

Buenos Aires · Argentina

Prohibida su reproducción total o
parcial, incluyendo fotocopia, sin la
autorización expresa de los editores.

Primera edición: abril de 2003

ISBN: 84-95294-

IMPRESO EN ARGENTINA

EL BEBÉ PREMATURO
Y SUS PADRES:

Creación de un Programa de
Intervención Psicológico
implementado en las Unidades
de Cuidados Intensivos Neonatales

Ana Lía Ruíz

Diseño de portada:

Gerardo Miño, miembro de



CRESTA

grupo de diseño creativo

www.cresta-d.com.ar

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
INTRODUCCIÓN GENERAL A LA PRESENTE TESIS	15
Fundamentación de la elección del tema	17
Planteo del problema	18
Propósitos	19
Importancia del estudio	20
<i>1º Parte</i>	
El nacimiento prematuro, el niño y sus padres	23
CAPÍTULO I	
El cuidado de recién nacidos prematuros	25
1.1. Introducción	25
1.2. Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros	25
1.3. Una incubadora para neonatos	28
1.4. La exposición de los recién nacidos prematuros	31
La neonatología en nuestro país	33
1.6. Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal	33
1.7. Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional	34
1.8. Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematuridad	37

1.9. Embarazos de riesgo y experiencias de vida	42
1.10. Bibliografía	47

CAPÍTULO II

El nacimiento de un niño, el nacimiento de unos padres ...	49
--	----

2.1. Paternidad y maternidad	49
2.2. Embarazo. Conflictos y temores de la mujer embarazada	50
2.3. Ansiedades de la embarazadas	54
2.4. El embarazo como preparación para la paternidad	58
2.5. Etapas psicológicas del embarazo	58
2.6. La constelación maternal	60
2.7. El futuro padre	63
2.8. Bibliografía	66

CAPÍTULO III

La maternidad y la paternidad prematura	69
---	----

3.1. Introducción	69
3.2. Los primeros momentos posteriores al nacimiento ...	70
3.3. El dolor psíquico	73
3.4. “Somos madres especiales porque somos madres prematuros”	75
3.5. El recién nacido prematuro: lo propio como diferente	79
3.6. La problemática de los duelos	87
a) “Gastar un nombre”: el duelo anticipado	88
b) Duelo por el fin del embarazo	91
c) Duelo por un nacimiento normal	93
d) Duelo por un bebe perfecto	94
e) Duelo por el alta del bebé	95
3.7. El padre	96
3.8. Bibliografía	101

CAPÍTULO IV

El lenguaje corporal del bebé prematuro: pensar al bebé	103
--	-----

4.1. La construcción del cuerpo	103
4.2. La comprensión del comportamiento neonatal	105
4.3. El lenguaje corporal del bebé internado en UCIN	106

4.4. El bebé prematuro de bajo peso y edad gestacional (RNMBPN)	108
4.5. Los estados de conducta	113
4.6. Funciones sensorio perceptuales	117
4.7. Bibliografía	130

CAPÍTULO V

Situaciones críticas en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	133
5.1. Situaciones críticas e interacción padres-bebé	133
5.2. Diagnóstico incierto	136
5.3. Malformación congénita	140
5.4. Muerte de un bebé	144
5.5. Bibliografía	152

CAPÍTULO VI

Investigaciones sobre la paternidad del niño nacido prematuro	155
6.1. Introducción	155
6.2. Impacto ante la separación temprana entre padres y recién nacido prematuro	156
6.3. Investigación sobre el estrés paterno ante la internación del RNP	159
6.4. Influencia del nacimiento prematuro sobre la paternidad y crianza del niño en sus primeros años de vida	160
6.5. Percepciones paternas acerca del niño nacido prematuro	163
6.6. La depresión materna y su influencia en el desarrollo del niño	165
6.7. Bibliografía	167

CAPÍTULO VII

El devenir futuro de los niños que nacieron prematuros. Resultados de nuestras investigaciones	171
7.1. Los primeros años de los niños que nacieron prematuros	171
7.2. Evaluación del desarrollo de RNMBPN de 2 a 30 meses de edad	172
7.3. Los niños nacidos prematuros en edad escolar	176

7.4. Niños vulnerables: niños en riesgo	180
7.5. Conclusiones	182
7.6. Bibliografía	183

2º Parte

La creación de un espacio psicológico en las unidades de cuidados intensivos neonatales	185
---	-----

Capítulo VIII

Programas de intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres	187
8.1. Introducción	187
8.2. El prematuro como un privado sensorial. La estimulación “adicional”	188
8.3. El prematuro como inmaduro. El cuidado del medio ambiente extrauterino	189
8.4. La asistencia individualizada del prematuro	190
8.5. La asistencia psicológica a la familia del prematuro	190
8.6. Programas de intervención sobre recién nacidos prematuros y sus padres: Revisión de la bibliografía	192
8.7. NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)	194
8.8. La asistencia psicológica a los padres	202
8.9. La atención psicológica basada en el Método de Observación de Lactantes de E. Bick (1964)	205
8.10. Programa de intervención de Romana Negri	205
8.11. Atención psicológica desarrollada por C. Duron	214
8.12. Programa de Intervención Psicosocial para niños de alto riesgo	218
8.13. Análisis de los diferentes programas de intervención	224
8.14. Bibliografía	229

CAPÍTULO IX

Programa de intervención psicológico sobre el recién nacido prematuro y sus padres	233
9.1. Descripción del programa de intervención psicológica	233
9.2. Bases del programa	234

9.3. Objetivos	236
9.4. Programa de intervención psicológica sobre el RNMBPN y sus padres	239
A: 1º momento: impacto ante el nacimiento prematuro, la creación de una membrana extra uterina.	241
B: 2º momento: primeros contactos padres-prematuro, facilitando los encuentros con un bebé real.	245
C: 3º momento: interacción cercana. Fortalecimiento de funciones paternas	250
D: 4º momento: preparación para el alta. Segundo nacimiento del bebé	255
9.5. Bibliografía	258

3º Parte

Investigación	261
---------------------	-----

CAPÍTULO X

Evaluación de un programa de intervención psicológica sobre el recién nacido y sus padres llevado a cabo en una unidad de cuidados intensivos neonatales	263
--	-----

10.1. Planteo del problema	263
10.2. Estrés y depresión	265
10.4. Plan de trabajo	266
10.5. Análisis estadístico	271
10.6. Análisis de las entrevistas	279
10.7. Discusión	286
10.8. Bibliografía	297

4º Parte

Conclusiones	301
Prematurez del recién nacido y de los padres	303
Maternidad y prematurez	305
Paternidad y prematurez	306
La integración de la dimensión psicológica en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales	309
Conclusión General	311
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	313

REFERENCIAS

A continuación se detalla una lista de las siglas utilizadas en el contenido de esta tesis:

UCIN	Unidad de cuidados intensivos neonatales
UCE	Unidad de cuidados intermedios
RN	Recién nacido
RNP	Recién nacido prematuro
RNMBPN	Recién nacido de muy bajo peso al nacer
PC	Parálisis cerebral
SNC	Sistema nervioso central
CRAP	Coficiente de riesgo de amenaza de parto prematuro
APP	Amenaza de parto prematuro
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care
IDU	Infant Development Unit
C.I.	Coficiente de inteligencia
MDI	Índice de desarrollo mental
PDI	Índice del desarrollo psicomotor.
BRS	Registro de comportamiento

Siglas de técnicas de evaluación:

PSS:NICU	Parental Stressor Scale- Neonatal Care Unit
MSRI	Maternal Self Report Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
FES	Family Environment Scale
CLIP	Clinic Interview for parents of High-Risk Infants
NBAS	Neonatal Behavioral Assessment Scale
NNNS	NICU Network Neurobehavioral Scale
BDI II	Escala Bayley de Desarrollo Infantil II
BDI	Escala Bayley de Desarrollo Infantil
DFH	Dibujo de la figura humana,
Test GV de Bender	Test Gestáltico Visomotor de Bender
Wisc	Escala de Inteligencia para niños de Weschler

Agradecimientos

A la Dra. Alicia Oïberman por sus consejos, críticas constructivas y agudeza de juicio en la dirección de esta tesis. Como así también en su estímulo y comprensión que me permitió continuar trabajando en un período difícil y lograr así una auténtica forma de trabajo.

Al Dr. J. Ceriani Cernadas por su apoyo y estímulo en el trabajo diario en la División Neonatología del Hospital Italiano, como así también por su supervisión y guía en los diferentes trabajos llevados a cabo conjuntamente.

Al Dr. C. Fustiñana por la lectura y orientación de parte de este trabajo, quién supo captar lo esencial del mismo y estimular nuevos interrogantes.

Y a ambos por su reconocimiento del significado del trabajo de un psicólogo en una unidad de cuidados neonatales, cuya opinión y apoyo fue responsable de que pudiera continuar mi labor.

Como así también a los Dr. E. Lupo, Dr. G. Mariani, Dr. A. Jenik, Dra. N. Lopez, Dr. C. Garbaniati secretarías y a todos aquellos médicos residentes, becarios, puericultoras, que de una forma u otra participaron en esta investigación.

A la Dra. V. Cravedi y Dra. D. Rodríguez por su cooperación en el trabajo de campo y sus consejos como así también a los diferentes integrantes del equipo de seguimiento de niños prematuros del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires, Lic. C. Martinez y Lic. L. Guzzetti.

A todo el personal de enfermería del citado hospital, que en nombre de su jefa Lic. A. Leyton, agradezco toda su ayuda, apoyo y cuyas agudas observaciones y comentarios contribuyeron a la formulación de ciertos puntos desarrollados en este trabajo, cómo así también mi integración a una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Al Dr. L. Novali y Susana Diez por el tiempo dedicados a la lectura, corrección y consejos dados sobre esta tesis.

Quiero expresar muy especialmente mi agradecimiento hacia las familias y bebés prematuros que me permitieron compartir tanto de ellos.

Por último a mi familia en cuyo seno fue gestada esta tesis. A mi esposo Jorge por su apoyo emocional y el compartir nuestro tiempo con un tercero en discordia: “la tesis de doctorado” y a mis hijos Diego, Pablo, y a mis nueras Carla y Noel, por su sostén afectivo e informático que permitió una reorganización en los vínculos madre-hijos:... las madres (y suegras) también necesitan ayuda.

Introducción general a la presente tesis

Carta de un prematuro a sus padres

A mis padres

*Para todos soy un prematuro
porque nací antes de tiempo
Prematuro, como si fuera algo malo
muchos me miran con aprensión,
otros con pena y compasión
y algunos hasta con curiosidad*

*Pero Yo quisiera decirles
a ustedes mis padres
que por favor me miren como a un hijo
No teman hacerlo
Nacer antes de tiempo no es culpa de
nadie y para querer y ser querido
no se necesita ser grande*

*Es cierto que me falta ser más maduro
y hasta entonces necesito de los demás
especialmente de mis médicos
y enfermeras. Pero a ustedes
mis padres puedo verlos y sentirlos
Necesito mucho de vuestro cariño
como estoy seguro
ustedes también del mío.*

*¿Por qué no pensar que somos
afortunados por poder vernos antes?
Es bueno nacer ya grande
pero si igual estamos juntos
no es malo pesar poco y ser prematuro*

*Ustedes son tal cuál los imaginaba
Yo diría que quizás aún mejor
y cuando me miran y sonríen
me están diciendo...*

que lo mismo piensan de mí.

*A veces los veo apenados
por no poder abrazarme y alzarme,
sin embargo por mi pequeño tamaño
una caricia de ustedes me colma de amor*

*Desde mi incubadora veo a todos inmensos
imponentes en sus uniformes
Pero cuando llegan ustedes
sólo veo vuestros ojos
y cuando me miran
me siento igual que antes
cuándo no había nacido
Porque me siento protegido
protegido y por sobre todas las cosas: **Querido***

*No dejen de mirarme
yo más que los veo, los siento
y así estamos como antes
como siempre...juntos
Queridos padres: soy vuestro hijo
el mismo que ustedes concibieron
quizás no el que ustedes imaginaron
cuando primero me vieron.*

*Pero yo les doy una nueva oportunidad
Todas las oportunidades
y tiempo que necesiten
para reponerse del susto
para asumir los problemas que he provocado
y para reorganizar nuestra casa
porque yo los quiero
y se que USTEDES a MI*

A. Miguel Larguía (1983)

A partir de las palabras del Dr. Larguía quisiéramos comenzar esta tesis que girará alrededor del nacimiento prematuro, del bebé y sus padres, palabras que reflejan de alguna manera aspectos que serán objeto de análisis y desarrollo teórico.

Fundamentación de la elección del tema

El interés sobre los niños nacidos prematuros y sus padres surge de una práctica iniciada en el año 1990 como psicóloga en una Unidad de Cuidados Neonatales e integrante del equipo de seguimiento de niños nacidos prematuros de la División de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicho seguimiento es realizado por un equipo multidisciplinario y la función del psicólogo consistía en un acompañamiento a la familia y sus hijos desde el nacimiento.

Por otra parte, la labor desarrollada desde 1972 como maestra de ciegos me permitió el acercamiento a las experiencias vividas por algunos padres y alumnos en las unidades de cuidado intensivo neonatal quienes relataban experiencias muy dolorosas en relación a la separación del niño y los avatares vividos durante la internación, situación agravada por el futuro incierto del niño. En aquel momento, la retinopatía del prematuro era una entidad médica poco conocida y los padres eran los que detectaban la pérdida parcial o total de la visión en los niños. Ello agravaba aún más las experiencias dolorosas del nacimiento prematuro.

La integración al equipo de Estimulación Temprana del Servicio de Neurología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, me permitió el conocimiento de niños que, nacidos prematuros, quedaban con alguna secuela de origen neurológico o con cierto retraso psicomotor, que se lograba revertir con algunas sesiones de estimulación temprana.

Tanto en unos como en otros casos, los padres hablaban de la hospitalización en la Unidad de Neonatología y de sus dificultades para contactarse con un bebé pequeño y para poder llegar a conocer sus necesidades. Expresaban, además, los temores y las angustias vividas durante la internación y el alta del bebé.

Las observaciones de la díada madre-bebé prematuro realizadas como parte de la formación en los Seminarios de Observación de Lactantes, coordinados por la Prof. Kamala Di Tella, permitieron a su vez, un registro de los pequeños detalles y signos corporales alrededor de los cuales la vida psíquica del bebé comienza a organizarse, como así también los sufrimientos corporales de estos bebés pequeños y sus padres.

La lectura del material en el seminario de aplicación del método de observación de lactantes (Bick, 1964), en este caso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, permitió crear “un

espacio mental” para poder plantear ciertos interrogantes acerca de la prematurez y la inserción del campo psicológico en ese ámbito de trabajo.

La investigación realizada con niños nacidos con menos de 1500 gramos en el Hospital Italiano, en la que se evaluó el crecimiento corporal y los trastornos que pudieran perturbar los procesos de aprendizaje, dió lugar a ciertos interrogantes que hacen a la condición de la prematurez, y como estas primeras experiencias ligadas a un nacimiento antes de término, marcan el devenir psíquico y el desarrollo del niño además de las primeras interacciones con sus padres. respuesta dada por la mayoría).

Por otra parte la lectura de investigaciones realizadas en los últimos años enfatizan las dificultades que encuentran niños nacidos de bajo peso y edad gestacional, a lo largo de su desarrollo. Sus desniveles cognitivos, instrumentales y psicológicos pueden estar relacionados con la prematurez y/o con conflictos familiares, o factores socio-económicos que la complejizan.

Por lo tanto, no se puede hablar de una única etiología patológica. La búsqueda de factores de influencia ambientalistas, tales como nivel socio-económico y educación materna, a las que remiten las investigaciones americanas, permiten pensar que el futuro de un niño prematuro no depende sólo de cuestiones biológicas.

Planteo del problema

La presente tesis plantea que el nacimiento prematuro es tan prematuro para el niño como para los padres, en especial para la madre.

Durante los últimos meses de embarazo, se da en ambos padres un proceso por el cual comienzan a pensar en el hijo en gestación como ser diferente, personificado a través de la elección de nombres, compra de ropa, etc. A su vez, éste dará señales de presencia por medio de movimientos fetales que comienzan a adoptar ciclos y patrones de actividad que le permiten a la madre ir reconociéndolos para anticiparse a los mismos.

Cuanto menor sea el tiempo de gestación, menor será la identificación por parte de la madre de éste como ser diferente: es una parte de su cuerpo que se pierde y los riesgos de desorganización afectiva son mayores.

Se encuentra, por lo tanto, a padres poco preparados para poder atravesar una situación como es el nacimiento e internación de un hijo con necesidades especiales; constituyendo esto un acontecimiento traumático de interrupción de un proceso.

La separación de su bebé que requiere cuidados especiales y que son brindados por otros sumerge generalmente a la madre en una “depresión reactiva protectora”, dando lugar al duelo anticipado, ante el temor de la muerte de su hijo, como así también a otros duelos que deberán atravesar los padres a lo largo de la internación del niño.

Por su parte, el niño necesita los nueve meses de gestación para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Así podemos decir que la prematuridad interrumpirá un proceso de “anidación biopsíquica”.

Las consecuencias de esta situación, se reflejarán en las interacciones y representaciones del niño como “vulnerable o frágil”, tal como fue señalado, dificultando la posibilidad de modificación de esta representación si no se trabaja adecuadamente, tal como se observó en el grupo de padres de la investigación mencionada.

Abordajes clínicos-psicológicos llevados a cabo desde el nacimiento del niño prematuro y centrados tanto en el bebé como en el estado afectivo paterno, podrían tener una influencia en el futuro desarrollo del niño.

Se debe tener en cuenta que los avances en el cuidado de estos niños han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las Unidades de Cuidado Intensivo(UCIN) cada vez más eficientes, cumplen un rol fundamental en la disminución de la mortalidad infantil. Sin embargo, como fue señalado anteriormente, el nacimiento y la posterior estadía del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) provoca reacciones diversas, en general intensas y perturbadoras por parte de los padres. El estrés y la depresión materna, por ejemplo, son uno de los factores más frecuentemente observados, influyendo en los esfuerzos de reorganización posteriores al acontecimiento traumático de la prematuridad.

Propósitos

Esta tesis se propone:

- 1- Analizar la significación de la prematuridad, a través del enlace entre la clínica y los aportes teóricos, para aportar nuevos

- conocimientos a la comprensión de los efectos de lo irruptivo del nacimiento prematuro, tanto para los padres como para el recién nacido.
2. Identificar factores que pueden interferir en el estado afectivo de los padres, durante la internación del bebé, y su influencia en las representaciones e interacciones padres-hijo. Así mismo, reconocer algunas posibles consecuencias que esta situación puede tener sobre el desarrollo emocional del niño.
 3. Resaltar la importancia de la creación de un espacio para “lo psicológico”, en las UCIN
 4. Fundamentar la organización y sistematización de un Programa de Intervención Psicológica basado en el enfoque clínico desarrollado y llevado a cabo en las UCIN, sobre el recién nacido prematuro de muy bajo peso y edad gestacional y su entorno familiar.
 5. Sentar las bases para un trabajo interdisciplinario en las UCIN, orientando al equipo médico y de enfermería, en relación a las necesidades psicológicas del RN prematuro y su familia.

Importancia del estudio

De acuerdo con un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría de un total de 80.000 nacimientos de diversos lugares del país ocurridos entre 1988 y 1990, la tasa de bajo peso (<2500 g) fue del 10% y la de recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 g.) de 1,8 %, correspondiendo un 4% de RN < 1500g a la zona del Gran Buenos Aires.

Esta tesis se centra en aquellos niños nacidos con menos de mil quinientos gramos de peso y menos de treinta y tres semanas de gestación, que se denominan recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN).

Las principales ciudades del país cuentan con unidades de cuidado intensivo donde son atendidos los niños prematuros.

El Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres implementado en las unidades de internación que se describirá en esta tesis muestra una modalidad de abordaje clínico asistencial transdisciplinario y multifactorial llevado a cabo en colaboración con los diferentes integrantes del equipo de salud neonatal.

El trabajo de investigación efectuado con una población de sesenta bebés prematuros de menos de 1500 gramos y 33 sema-

nas de gestación y sus padres permitirá dar cuenta y explicar los hechos que se manifiestan ante el nacimiento prematuro y la necesidad de formar profesionales que puedan insertarse en las unidades de cuidado intensivo neonatal creando un espacio para la atención psicológica tanto de los neonatos como de sus familias.

Parte I

El nacimiento prematuro,
el niño
y sus padres

Capítulo I

El cuidado de recién nacidos prematuros

Introducción

Se analizarán primeramente las diferentes concepciones acerca de tiempo de gestación, parto, nacimiento y recién nacido prematuro desde la antigüedad hasta la creación de las unidades de cuidado intensivo y su funcionamiento, ligado a lo tecnológico en la actualidad. Estos recorridos históricos permitirán un primer acercamiento a la problemática de la prematuridad del niño y los cuidados especiales que requiere en función de su edad gestacional, peso, complicaciones somáticas, etc. La confluencia de diversos factores biológicos, genéticos, médicos y psicosociales, determinarían como “multifactorial” el nacimiento prematuro.

El recorrido de diferentes investigaciones que exploran los factores obstétricos y psicosociales que incrementan la amenaza de parto prematuro, o prematuridad, permitirán integrar diferentes puntos de vista ligados tanto al recién nacido como a su madre.

1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros

Hipócrates (citado por Gélis, 1983), reconoce que los recién nacidos ya están constituidos en todas sus partes a los 7 meses de gestación que es cuando se produce la rotación o versión interna del feto, ubicándose cabeza abajo en el canal del parto y sostiene que si el parto se produce en estos momentos, el bebé

no corre riesgo de morir aclarando que para realizar esta rotación el bebé en gestación necesita tanta fuerza que se agota y debilita, debiendo esperar un mes para recuperar un cierto vigor y poder contar con fuerzas como para nacer en un tiempo justo.

Si el parto se produjera posteriormente a la rotación, o sea a los 8 meses de gestación, el bebé no contaría con las fuerzas suficientes para sobrevivir, ya que el octavo mes sería empleado para recuperarse y prepararse para su nacimiento. En consecuencia, si la matriz se estremece o se sacude violentamente por los movimientos realizados por el feto a los 7 meses, y nace a los 8 meses de gestación, la posibilidad de sobrevivir sería escasa, por la debilidad del organismo.

Esta idea de que el nacimiento es más propicio a los 7 meses de gestación, ya había sido planteada por los griegos cuando se relatan los nacimientos de Apolo y Dionisio, que se produjeron a los 7 meses de embarazo (Gélis, 1983, p.107). Otra opinión semejante la planteaban Las leyes Hebraicas que establecían que los nacidos a los 8 meses de edad gestacional (como opuesto a los 7 y 9 meses) no alcanzaban el reconocimiento legal de su nacimiento hasta que el individuo cumpliera los 30 años (Harrison, 1946).

Esta presunción acerca de la fragilidad y vulnerabilidad de aquellas personas nacidas a los 8 meses de edad gestacional puede encontrarse aún en nuestros días.

La antigua medicina y la prematurez: la naturaleza decide

Según el historiador Jacques Gélis, (1983) la mayoría de los manuales de ginecología de los siglos XVII y XVIII, consideran que el niño puede nacer entre los 7 y los 11 meses de embarazo.

Françoise Mauriceau en su “*Traité des maladies des femmes grosses et accouchées*” publicado en 1668, considera que la fecha de la concepción debe ser calculada a partir del último día de la menstruación de las mujeres y aclara que es el momento justo “cuando ha cesado por completo el color”; determinando la duración de la gestación entre 7 meses y 9 días a 11 meses y 10 días (citado por Gélis, 1983), p.106)..

Por otra parte, oponiéndose a las ideas de Hipócrates, Mauriceau (1668, citado por Gélis,1983) plantea que el recién nacido puede sobrevivir fuera del útero solamente pasados los 7 meses de gestación, y aclara que los que lo hacen a los 8 meses tienen más fuerza para sobrevivir y expresa la opinión general, de que no hay “una fecha fija de término del embarazo; la naturaleza decide,

ella solo elige el momento para liberarse de una fuerza que la oprime” (Mauriceau, 1668, citado por Gélis, p.107)

En los siglos anteriormente mencionados, muchos nacimientos eran considerados prematuros, ya que las madres no sabían con precisión la fecha de concepción porque ellas se guiaban por sus propios cálculos, tomando como referencia el mes lunar, que es más corto. Esto traía cierta confusión en relación a la fecha establecida por los médicos, quienes se basaban en meses de 30 días. En esa época, la atención de un nacimiento prematuro o tardío podía plantear ciertas confusiones; por ejemplo, comprometer el honor de una familia o perturbar una sucesión.

Los juristas franceses, por ejemplo, necesitaban conocer con precisión el tiempo fijo de la concepción. Uno de ellos, Nicolás Venette sostenía, en 1686, (citado por Gélis, 1983) que un niño ilegítimo no podía participar en el reparto del patrimonio de una herencia.

Los textos de esta época (siglos XVII y XVIII) se refieren a los prematuros como pequeños maravillosos (Gélis, 1983, p.109). Si pensamos que la mortalidad infantil era del 85 por 1000 para los niños a término, lógicamente que estos niños eran vistos como muy especiales; las malas condiciones de vida durante el embarazo, las enfermedades, infecciones, la fiebre puerperal, y la alta mortalidad perinatal que reinaban en esos días llevaban a que el poder sobrevivir para un niño prematuro, tenía algo de milagroso.

Por ello, las matronas que se ocupaban del parto, tenían siempre la tendencia a preservar la vida de la madre. Así, cuando el parto presentaba ciertas complicaciones, ellas se esforzaban por cuidar al recién nacido vivo, pero si la madre sufría luego de varias horas, si la cabeza del bebé no podía pasar por el canal de parto, o se presentaban otras dificultades, no dudaban en sacrificar al recién nacido.

Mauquest de la Motte, en su *“Traité des accouchemens naturels non naturels et contre nature”*. París, 1765 (citado por Gélis, 1983) planteaba que si el bebé prematuro que lograba sobrevivir, se prendía al pezón de la madre o nodriza luego del parto, era un buen signo.

Una de las preocupaciones de los cuidadores de estos bebés era evitar, como en todo recién nacido, la pérdida de calor. Así eran ubicados cerca del hogar de leña, envueltos en mantas. Plaquet en 1748 describe así este hecho: *“El es tan pequeño que uno piensa que los pañales y ropa que sirven para otros bebés*

son inútiles para él. Es ubicado en un pequeño cesto, rodeado de muchas hebras de lana o cuando se trata de un bebé de buena familia es rodeado de algodón” (Gélis, 1983, p. 112).

Brouzet en 1748, cuenta la historia de Marseillan, un niño que su madre dio a luz a los 5 meses de embarazo: *“De recién nacido tenía la forma de un feto. Durante sus primeros 4 meses posteriores a su nacimiento, permaneció sin llorar, sin succionar, sin hacer ningún esfuerzo aparente para alimentarse, sin ningún movimiento de brazos y piernas. Luego de 4 meses hasta los 9 meses de vida, él emergió de golpe de esa especie de letargo. Comenzó a llorar, succionar, tomar el pecho. Movi6 sus extremidades a tal punto que a los 16 meses era tan fuerte como un bebé de su edad”* (Gélis, 1983, 110)

Las nociones de “nacimiento antes de tiempo”, “vulnerabilidad”, “fragilidad” y “discapacidad”, se expresan a través de obras teatrales, como Ricardo III, de Shakespeare, quien hacía referencia a su nacimiento prematuro como causa de su defecto físico (cojera). *“Una vez que los obstetras comenzaron a salvar a las parturientas de los peligros del parto y de las infecciones, con los procedimientos antisépticos, como lavado de manos con alcohol, esterilización de instrumentos, usos de guantes, (asepsia preconizada entre otros por Pasteur, en 1878), y los nacimientos comenzaron a realizarse en los hospitales, nuevos avances e instrumentos para salvar la vida de las embarazadas y los recién nacidos surgieron. Entre ellos los fórceps, cesáreas y el empleo de las incubadoras para asegurar la sobrevivencia de recién nacidos prematuros”*. (Rollet, 1996).

1.3 Una incubadora para neonatos

Se denomina en la actualidad *incubadora* a un aparato cerrado para que los prematuros completen su desarrollo y cuya temperatura, humedad del aire y aporte del oxígeno se regula con precisión. Los cuidados aportados al prematuro se realizan a través de aberturas.

El prototipo de la incubadora fue la “cuna de Ruehl”. Johann Georg von Ruehl (1769-1848, médico personal de la zarina rusa y médico del hospital principal imperial de San Petersburgo) creó, en 1835, la bañera de doble pared de chapa, para calentar a los recién nacidos de riesgo; contaba con un espacio hueco que se

llenaba con agua caliente la que se cambiaba cada dos horas y su temperatura se controlaba de modo permanente.

Los recién nacidos que necesitaban calor permanecían tumbados en la bañera cómo si fuera una cuna, cubierta con un paño de batista, permitiendo así un baño de aire caliente.

La “cuna de Ruehl”, se consideraba muy apta para poder salvar la vida a muchos recién nacidos. Sus beneficios se asocian con los esfuerzos que se realizaban en esos tiempos para mantener la temperatura de los recién nacidos prematuros.

Esta fue perfeccionada por el médico francés Denucé, de Burdeos, quien la denomina “incubadora para prematuros”, y por Crédé, en Leipzig, en 1864 (Ceriani Cernadas, 1999)

Según Jacques Gélis (1983), en la 2º mitad del siglo XVIII, los médicos, la Iglesia y el Estado, manifiestan su voluntad de salvar a los recién nacidos. Así es como surgen en Francia, por ejemplo, una serie de manuales y artículos consagrados al parto y la pediatría y se comienza a pensar en el prematuro como un recién nacido que demanda una atención especial. Comienza, también, la observación del estado físico de las madres y su relación con el nacimiento de niños vigorosos.

Helen Harrison (1946) relata en su libro “*The premature baby book*”, luego de la guerra Franco-Prusiana, cómo la población francesa había quedado diezmada. Los médicos, entonces, se abocaron al cuidado y protección de los recién nacidos, y a la posibilidad de incrementar su sobrevivencia.

Fue así como un ginecólogo y tocólogo francés, Stéphane Tarnier, se interesó, en 1878, en una incubadora empleada en el zoológico para incubar huevos. Comenzó así a idear la posibilidad de crear una semejante para los recién nacidos prematuros.

En 1881 es usada la primera incubadora de aire caliente en la Maternidad de París. En este modelo, la temperatura del aire se podía mantener en forma constante y con facilidad, ya que el llenado de agua era más sencillo que en los modelos anteriores.

Uno de los discípulos de Tarnier fue Pierre Budin, considerado el “padre de la neonatología”. Este médico estableció una unidad especial para recién nacidos prematuros y enfermos, la cual consistía en un pabellón nuevo y aislado para los niños “débiles” (Rollet, 1996).

Los cuidados brindados a los recién nacidos fueron de interés para Budin, ocupándose de la puericultura de los niños pequeños.

Este neonatólogo, definió al recién nacido prematuro como aquél que nace con un peso inferior a 2500 gramos en su libro “Manuel pratique d’allaitement”, publicado en 1907, describiendo los cuidados especiales que requiere un prematuro y las complicaciones que pueden presentar en su cuidado.

Estas giran alrededor de tres aspectos:

- 1) control de la temperatura
- 2) dificultades en la alimentación
- 3) vulnerabilidad y poca resistencia a las enfermedades.

Para el control de la temperatura emplearon la primera incubadora con aire humidificado, la cual contaba con una alarma eléctrica para calentar o recalentar el aire.

Budin aconsejaba utilizar el aire de la calle o jardín ya que lo consideraba más sano que el que circulaba por el ambiente hospitalario (Harrison, 1946).

En relación a la alimentación plantea un régimen específico. En su Manual, especifica tablas de cantidades diarias de leche que deben tomar los prematuros según el peso de nacimiento y aconseja la lactancia materna o la suministrada por una “ama de leche”. Este médico estimulaba a las madres de los prematuros a alimentar a sus hijos y a colaborar en la alimentación de los niños a término.

Para prevenir las infecciones sugería una estricta higiene y esterilidad, siguiendo las mismas reglas aplicadas en las maternidades y salas de operaciones (Rollet, 1996). Budin daba importancia a los vínculos entre el recién nacido prematuro y sus madres, estimulando sus visitas al bebé. Proveía de anteojos de protección que permitían a las madres ver a sus hijos dentro de las incubadoras. (Harrison, 1946).

Este neonatólogo afirmaba que era mucho mejor colocar la incubadora junto a la cama de la madre, pues no debía subestimarse la supervisión que ella ejercía sobre el niño.

Si se piensa en qué época y cuántos años han transcurrido desde la fecha en que Budin escribió estas palabras, las mismas adquieren un significado muy especial, ya que en la actualidad nos encontramos aún con profesionales que restan importancia al vínculo entre el recién nacido prematuro y sus padres.

1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros

En 1896, un discípulo americano de Budin, Martín Couney, presentó en la Exposición de Berlín, las incubadoras con 6 bebés prematuros, que habían sido “prestados” por Virchow, por entonces Director del Hospital “La Charité” de Berlín. El público acudía a presenciar el espectáculo de “los niños que sobrevivían”, sin pensar en los sufrimientos que la prematurez acarrea (Cone, 1979).

Un año más tarde, en 1897, Couney (citado por Fava Vizziello, 1992) quiso llevar su “espectáculo” a la Victorian Exposition, en Inglaterra. En este país encontró oposición a presentar a bebés prematuros ingleses. Debió “reclutar” recién nacidos prematuros franceses que fueron transportados a Inglaterra y esta circunstancia dio lugar a la creación de la incubadora de aire caliente que resultó más práctica para el transporte.

En 1899, Couney transportó las incubadoras a Estados Unidos, exhibiendo bebés prematuros en la Main Transmissisipi Exposition. Los padres dejaban en manos de Couney el cuidado de los recién nacidos, ya que ellos los consideraban tan pequeños que se sentían incapaces de salvarlos.

Se exhibieron alrededor de 500 niños prematuros, durante 39 años en diferentes puntos del país. Luego, la atención de los mismos pasó a manos de los hospitales. (Harrison, 1946). En los lugares donde se presentaba el espectáculo “Infant Incubators with Living Infants” el público acudía a presenciarlo, sosteniendo con el pago de sus entradas los gastos que requería el cuidado de los niños. Así se hizo en la Pan- American Exposition en Buffalo, en 1901.

En Chicago, la exposición fue ubicada en un lugar cercano a un Centro de Espectáculos de danzas, en el cual bailaba una conocida actriz: Sally Rand. Según relato de Harrison H. (1946), cuando esta actriz fue detenida en una ocasión por ofender la moral pública, se quejó de que los niños prematuros expuestos en sus incubadoras, tenían menos ropa que ella.

Reflexionemos aquí sobre las diferencias de actitud ante aquellos recién nacidos prematuros definidos por los Manuales de Obstetricia (Mauquest de La Motte, 1765, Brouzet, 1748 citados por Gélis, 1983) cómo “frágiles y milagrosos”, rodeados de cuidados especiales y estos que eran expuestos en ferias sin reparos.

Durante varios años, Couney con sus “child hatchery” se instaló en el estado de Coney Island y su hija, Hildegarde, que

nació prematura, fue exhibida a lo largo de 3 meses. Más tarde, ella se transformaría en una de las nurses de Couney, colaborando en el trabajo con su padre.

A diferencia de Budin, para Couney, los padres no tenían cabida en la atención de los niños prematuros; ya que por temor a infecciones respiratorias e intestinales (recordemos que era la época anterior al uso de los antibióticos), se los separaba de su cuidado y las enfermeras en un acto de expropiación del bebé, sustituían a los padres. Como es lógico, esto generaba un rechazo por parte de éstos.

A la vez, Couney sentía a los padres como ingratos e injustos, ya que no comprendían su preocupación, y no les exigía ninguna retribución económica por el cuidado de sus hijos (Harrison, 1946). A pesar de ciertas dudas acerca del comercialismo y show, que rodeaban a los cuidados que Couney brindaba a los bebés prematuros, esta acción influyó en el interés mundial acerca de los cuidados y sobrevida de estos niños tan pequeños.

Couney recibió varias críticas, entre ellas las del periódico "Lancet". Muchas personas se oponían a la exposición sin límites y carente de respeto sobre el sufrimiento y dolor de niños y padres. (Fava Vizziello, 1992). Pero una de las consecuencias favorables fue el importante papel asignado al personal de enfermería, contribuyendo a la formación de enfermeras especializadas en el área. Así, en 1923, se creó la primera Escuela de formación, en el Chicago's Sarah Morris Hospital.

Couney influyó también en la formación del neonatólogo Julius Hess, quien más tarde alcanzó renombre en el cuidado y atención de los recién nacidos prematuros.

El primer Servicio para prematuros creado en Estados Unidos fue en el Hospital Michael Reese de Chicago. Klaus y Kennell (1975), relatan cómo los bebés permanecían de 10 a 90 días internados en nursery, sin contacto con sus padres. Sin embargo, los días previos al alta, las madres concurrían al Hospital donde se les enseñaban los cuidados que requerían sus bebés.

En Europa, Miller y Spencer (1948, citados por Klaus y Kennell, 1975) estudiaron desde 1945 y hasta 1947 la asistencia del bebé prematuro en su hogar y sus conclusiones determinaron que esta modalidad era muy propicia para el desarrollo del niño y la familia. Comprobaron, además, que era un buen método de atención para los niños con un peso inferior a los 1600 gramos.

Sin embargo, en las décadas del 50 y 60 se excluyeron a los padres de los servicios de neonatología. Posteriormente esta

actitud fue modificada, en parte, por la era de los antibióticos, aunque aún se mantienen ciertas restricciones en relación a las visitas de los padres, en algunos Servicios de Neonatología.

1.5 La Neonatología en nuestro país

En nuestro país, el Dr. Juan Jorge Murtagh, quién asumió en 1942 la jefatura del Departamento de Puericultura del Instituto de Maternidad Alberto Peralta Ramos, sentó los cimientos de la neonatología ya que convenció a los obstetras de que la recepción y asistencia del recién nacido corriera por cuenta de médicos pediatras. Escribió, entre otras obras, “Prematuros y débiles congénitos” y creó en 1965 la Asociación para el Perfeccionamiento Asistencial del Prematuro.

Por otra parte, y en forma simultánea, tres médicos neonatólogos, comenzaron a gestar la Neonatología moderna en diferentes puntos de nuestro territorio. Ellos fueron, el Dr. Alfredo Larguía en la Maternidad Sardá en el año 1968, el Dr. Jacobo Halac, en Córdoba en el año 1967 y el Dr. Vicente Climent en La Plata, en el año 1968. (Ceriani Cernada, 1999).

1.6 Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal

Grandes cambios se han dado a lo largo de estos años en el cuidado brindado a los recién nacidos prematuros, desde la creación en la Maternité de Paris de una sala para recién nacidos “débiles” o sea los prematuros bajo la dirección de Budín, las exhibiciones en exposiciones como la de la Feria de Berlín en 1986, la de Chicago, en 1933, etc., en las que Couney cobraba al público la entrada para ver esos pequeños “monstrum”.

Fava Vizziello (2000), plantea en relación a esta exposición pública a la que fueron expuestos los recién nacidos prematuros dentro de sus incubadoras, un destino compartido con otros fenómenos de las ferias: grandes obesos, enanos, gigantes, locos. Las unidades de cuidado intensivos neonatal en la actualidad distan de estas imágenes.

Se describirán a continuación detalles generales de la organización de la unidad de internación neonatal y, en especial, la del Hospital Italiano donde se realizó el trabajo clínico y de investigación con los recién nacidos prematuros y sus padres.

La atención del recién nacido con problemas o alguna patología es brindada en unidades de internación que son clasificadas de acuerdo con su complejidad en diferentes niveles (Ceriani Cernadas, 1991)

El nivel 3 es el de máxima complejidad y es denominado UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales); brinda asistencia a niños que requieran cirugía cardíaca, neurocirugía, diálisis y estudios diagnósticos especiales, como los prematuros.

El nivel 2 llamado UCE, (unidad de cuidados intermedios) brinda asistencia a niños de diferente patología clínica que requieran una mediana complejidad en sus cuidados. Ambos niveles cuentan con servicios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y médicos de guardia durante las 24 horas.

El plantel de enfermería posee una alta especialización para el cuidado y asistencia de los niños. La relación enfermera es de 1:1 niño en los recién nacidos muy graves y 1:2 niños ó 1:3 niños, en aquellos con enfermedad moderada internados en UCIN. En las unidades de cuidado intermedio (UCE) la relación es de 1 enfermera: 4 niños o de 1:5.

El área de cuidados intensivos tiene una circulación semi-restringida y restringida. Cuenta con una pre-sala de ingreso donde médicos, enfermeras, padres, o cualquier persona que entre a la unidad deberá dejar su abrigo o guardapolvo. Todos deberán lavarse las manos antes de ingresar a ambas unidades.

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-hijo.

1.7 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional

Anteriormente se planteó que los prematuros eran clasificados por el peso de nacimiento. Así, un niño nacido con menos de 2.500 g era sinónimo de RN prematuro, en relación a los RN a término que eran de un peso mayor y considerado normal. (Lupo, 1991).

Con el tiempo se comprobó que esta clasificación no era correcta ya que había RN prematuros que pesaban más de 2.500 g y viceversa, RN de un embarazo a término que pesaban menos. De ahí que se combinó el peso de nacimiento y la edad gestacional en una misma clasificación.

Las semanas de gestación del RN se deben calcular a partir del primer día de la última menstruación, sumando el total de días hasta el parto y dividiendo por siete. El resultado se expresa por semanas.

Se clasificó a los neonatos según la duración del embarazo en tres grupos: a) *RN de término*, los nacidos entre 38 y 41 semanas; b) *RN pretérmino* los que nacieron con 37 semanas o menos y c) *RN de posttérmino* cuando el nacimiento se producía a las 42 semanas o más.

Los RN de bajo peso para su edad gestacional, son comúnmente llamados *desnutridos fetales*, aún cuando no lo fueran, y se asocian a patologías tales como malformaciones congénitas, infecciones intrauterinas y enfermedad hipertensiva del embarazo.

Por otro lado, los RN pretérmino con un peso inferior a 1500g se denominan recién nacidos de muy bajo peso al nacer RNMBPN y a los de menos de 800g, “prematuros extremos” si la edad gestacional es menor de 26 semanas.

La determinación de la edad gestacional en el RN de muy bajo peso presenta una serie de dificultades y es poco confiable (Ceriani Cernadas, 1999). De allí que la gran mayoría de las publicaciones consideren al peso de nacimiento como mejor parámetro para cualquier clasificación.

La atención de estos niños es muy compleja por las características que su manejo implica y los trastornos que pueden tener, determinando cuidados muy especiales.

La mayoría de los niños presentan un desarrollo neurológico normal pero en este grupo es mayor la incidencia de parálisis cerebral (PC), retardo mental, retrasos en el lenguaje, dificultades en la lectoescritura y comportamiento (Fustiñana, 1991).

Las desventajas fisiológicas que presentan al nacer estos niños prematuros son: inmadurez pulmonar y cardiovascular, inadecuada termorregulación, inmadurez del SNC, inmadurez gastrointestinal, inmadurez hematológica, déficit inmunológico, inmadurez hepática, inmadurez renal.

Estas desventajas pueden traer aparejados riesgos tales como enfermedad de membrana hialina, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizantes, infecciones severas, ictericia, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, etc.

En cuanto a las causas de partos prematuros, éstas son múltiples. Pueden deberse a:

- Factores pre-concepcionales tales como aspectos socio-económicos, por ejemplo, desnutrición materna, madres adolescentes, enfermedades maternas no controladas, etc.
- Factores obstétricos durante el embarazo tales como embarazo múltiple o rotura prematura de membranas (la causa más frecuente de parto prematuro) infección urinaria, etc.
- Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación, por ejemplo metrorragia, hipertensión arterial del embarazo (causa muy frecuente de interrupción de la gestación), diabetes, etc.
- Factores fetales tales como malformaciones congénitas o infecciones adquiridas durante la gestación. Por ejemplo, rubéola, Chagas, etc.

Con respecto a la incidencia de recién nacidos con un peso inferior a 2500g, varían las causas del bajo peso entre las diferentes poblaciones, de acuerdo a factores socio-económicos y socioculturales.

De acuerdo a lo mencionado por Ceriani Cernadas (1999, p.135), en base a un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría, de un total de 80.000 recién nacidos, el 10% tuvo bajo peso y el 1,8% correspondió a una tasa de niños nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 g.). Se encontraron diferencias no sólo en función de las zonas geográficas del país, sino de las instituciones, si las mismas eran públicas o privadas, aumentando el porcentaje de RN de bajo peso si la institución era pública. Se demuestra, de esta manera la influencia de los factores socioeconómicos sobre los partos prematuros. Por otra parte, la mortalidad infantil es mayor en el grupo de niños RN con muy bajo.

Esta tesis se ocupará del grupo de niños nacidos de muy bajo peso (<1500 g) RNMBPN, y sus padres.

El niño RNMBPN que llega a la UCIN debe ser puesto en incubadora, entubado, con respirador, monitoreado, alimentado por sonda nasogástrica y sometido a múltiples exámenes. El equipo de la UCIN se organiza alrededor de él y es “adoptado” tempranamente por la unidad, creando un estado de parentalidad transitoria por parte del equipo tratante.

Los padres serán por un tiempo “padres part-time”, y delegarán en otros los cuidados especiales que requiere su inmaduro hijo.

De acuerdo a lo planteado, los factores que determinan el nacimiento de estos niños son múltiples. Entre ellos se encuen-

tran factores sociales, económicos, culturales, que se tratarán de elucidar en las entrevistas con los padres y equipo de atención del niño.

1.8 Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematuridad

Al nacimiento prematuro frecuentemente se lo llama “multifactorial”, ya que en su determinación influyen diversos factores y causas, tal como se mencionó anteriormente. Varias investigaciones han señalado la injerencia de factores biológicos, genéticos y médicos. Aunque los médicos obstetras han prestado atención a aquellas mujeres que presentan signos y síntomas, no se han podido evitar las causas del nacimiento prematuro, porque su característica multifactorial, determina que no pueda tomarse un solo factor de riesgo como causante.

A esto se debe agregar la singularidad de la mujer embarazada ya que para algunas, la combinación de varios factores puede implicar una injuria, mientras que en otras sólo uno o dos pueden transformarse en riesgo de parto prematuro. Por otra parte, los factores psicosociales que pudieran interferir en el desarrollo normal del embarazo, aún no han sido suficientemente analizados.

La palabra “riesgo” significa peligro, contingencia de un daño. La posibilidad de definir factores de riesgo de prematuridad entraña en una dialéctica de prevención.

En la antigüedad, las matronas que asistían los partos tenían como prioridad preservar y cuidar la vida de la madre, antes que la del recién nacido, y la preocupación por la mortalidad materna se sostuvo por parte de los obstetras hasta la mitad del siglo XX. Los avances de la medicina perinatal, dieron lugar a la reducción de los riesgos para la madre, durante el embarazo y parto (Sebastiani, 1994).

Según Rousseau (1994), la noción de embarazo de riesgo se ha desarrollado durante los años 60, a partir de la identificación de factores de riesgo de mortalidad perinatal. Esto trajo como consecuencia la reducción de la mortalidad perinatal en los países occidentales entre los años 1960 y 1985.

¿Cuáles son los embarazos de riesgo? Se podrían clasificar entre aquellos que presentan alguna condición médica materna como anemia, diabetes, enfermedades tiroideas, cardiopatías, lupus, hipertensión arterial, u otras.

Por otro lado, se pueden señalar antecedentes obstétricos, por ejemplo, embarazos que cursan en las edades extremas de la vida reproductiva, como así también la presencia de alguna infección durante el embarazo, antecedentes de abortos espontáneos, de partos prematuros, muertes fetales. También, anomalías anatómicas del útero, antecedentes de cesáreas, niños anteriores con malformaciones congénitas.

Dentro de las complicaciones del embarazo se puede señalar las metrorragias, ruptura de las membranas ovulares, hipertensión arterial, retardo del crecimiento uterino. Todos estos son desencadenantes del parto prematuro (Sebastián, 1994).

Sin embargo quedan aún por identificar ciertos factores de índole psicosocial que podrían tener una influencia negativa en el curso normal de desarrollo del embarazo y del feto. Sería interesante reflexionar acerca de los factores de riesgo psicosocial que pueden estar involucrados en el nacimiento prematuro.

E. Papiernik ha sido una de las promotoras en ésta área, con la difusión de su “coeficiente de riesgo de parto prematuro” (CRAP, 1969, citado por Papiernik, 1983).

En el interrogatorio de mujeres embarazadas que habían dado a luz en forma temprana, Papiernik encontró ciertos datos que le resultaron significativos (Papiernik, 1983) y la llevaron a centrarse en el análisis de ciertos aspectos tales como actividades físicas realizadas durante el embarazo, mudanzas, viajes muy largos, u otros aspectos ligados a tipo de vida que llevaban y que les exigían un esfuerzo extra. Observó una mayor frecuencia entre estos datos, y ciertos factores obstétricos como contractibilidad uterina, y su influencia en el parto prematuro.

En consecuencia, elaboró el CRAP, en el que incluyó factores socio-económicos, personales, laborales, al lado de los clásicos factores biológicos, ginecológicos, genéticos, durante el embarazo. Menciona así, entre otros:

- Consultas tardías
- Falta de control perinatal
- Condiciones laborales desfavorables para el desarrollo normal del embarazo.
- Desconocimiento por parte de la embarazada de ciertos signos corporales, por ejemplo, contracciones.
- Viajes que incluyan distancias excesivas

Estos factores descriptos fueron corroborados luego del análisis de estudios perinatales realizados con una población de embarazadas francesas (Haguenau-Papiernik, 1973; Estryn, 1978, Mabelle-Lazar, 1980, citados por Papiernik, 1983).

En su artículo “Prevención de la prematurité” (Papiernik, 1983), subraya que el efecto del trabajo físico o laboral, no contradice los factores médicos. Estos factores se pueden conjugar, por ejemplo, en un esfuerzo físico determinado que quizás no haga ningún daño a una mujer embarazada normal y puede tener consecuencias muy graves cuando la embarazada presenta en su historia clínica antecedentes de embarazo prematuro, u otras cuestiones médicas como un cuello uterino menos resistente.

Papiernik (1983) señala que la prevención de la prematurez es necesaria a pesar de los significativos logros alcanzados en el cuidado neonatal del recién nacido, con poco tiempo gestacional.

A su vez, el aumento de las cesáreas y el cuidado obstétrico del feto y neonatológico del recién nacido, han significado una mejoría en el estado clínico de los niños.

Estos resultados alentadores, sin embargo, se contradicen con el mayor número de niños con secuelas graves encontrados entre los recién nacidos prematuros de menos de mil quinientos gramos (Papiernik, 1983, p. 25/26). Papiernik subraya que la prematurez es más frecuente entre las mujeres de menores recursos económicos y educacionales, así como en las de menor edad (Papiernik, 1983, p.16). Por lo tanto, define a la prematurez como “una “enfermedad” con un fuerte componente social. De ahí que sea necesario poder prevenirla.

La prevención se basa, según esta autora, en dos acciones complementarias:

- 1) reconocimiento de factores de riesgo
- 2) voluntad para cambiar los mismos.

Teniendo en cuenta lo anterior, plantea la importancia de la atención de la mujer embarazada y el papel que debe cumplir el equipo de atención perinatal. Por ejemplo, ayudándola a la toma de conciencia de ciertos factores de riesgo como puede ser su estilo de vida, más ciertas cuestiones médicas como la contractibilidad del útero y el equipo médico debe acompañar a la mujer en su decisión de modificar y/ o cuidar su estilo de vida durante el embarazo.

En este aspecto, señala la importancia de poder orientar a las mujeres embarazadas primíparas, ya que muchas veces no saben interpretar los signos y percepciones provocadas por contracciones uterinas. Siendo ésta una razón frecuente de un mayor porcentaje de partos prematuros en el primer embarazo. La consulta perinatal adquiere un papel importante, ya que según Papiernik (1983 p. 28) es el momento donde debe guiarse a la mujer embarazada en los descubrimientos acerca de las reacciones fisiológicas del organismo, y modificaciones debidas al estado del embarazo, como por ejemplo, nuevas sensaciones experimentadas en su cuerpo y en el registro de las contracciones.

Habla también de la ambivalencia del inicio del embarazo, que es expresado por muchas mujeres, por ejemplo, en no “aceptar límites a su actividad, ya que no está enferma”. Aclara que la mujer debe establecer una transición entre sus diferentes deseos, o entre deseos y necesidades sociales imperiosas.

“La sociedad tiene un importante rol en la manera que esto se juega” (Papiernik 1983, p.29). Relaciona este papel de la sociedad con las leyes laborales ligadas a las licencias otorgadas por maternidad y los conflictos que se presentan a las mujeres embarazadas.

Sin embargo, el factor social que rodea la prematurez marca las grandes diferencias geográficas y sociales. “Así curiosamente se mezclan predisposición y deseos, persona y sociedad”.

Es interesante analizar los aspectos psicopatológicos que rodean el embarazo normal, y como la historia de la mujer embarazada determinará cierto efecto de influencia, entretejiéndose entre los diferentes aspectos mencionados por esta obstetra francesa.

Estos múltiples factores dan lugar a que muchas veces la prevención sea insuficiente. Sin embargo, el análisis de los resultados actuales muestra resultados estimulantes.

Si bien, como plantea Rousseau (1994), el coeficiente de riesgo de parto prematuro (CRAP) planteado por Paperniek (1969, citado por Rousseau, 1994), está en vías de abandono, es interesante como planteo en relación al cuidado de la mujer embarazada, y la vulnerabilidad biológica y psicológica de la futura madre.

Harrison, H. (1946), en su libro dedicado a padres de niños prematuros, en el capítulo destinado a los futuros embarazos de las madres, plantea los temores y miedos de los progenitores a volver a tener un recién nacido prematuro. Y menciona el trabajo del Dr. Creasy de la Universidad de California en el que se brin-

dan una serie de indicadores que deben tener en cuenta las embarazadas para detectar una amenaza de parto prematuro.

Las variables tomadas por el citado investigador son: el estado médico de la embarazada: variables socio-económicas, entre las que incluye trabajo del padre y educación materna, edad, madre sola; experiencias anteriores de la embarazada, como abortos espontáneos o provocados, embarazos patológicos, enfermedad congénita de otros hijos, niños prematuros; hábitos diarios de la mujer embarazada, como trabajar fuera de su casa, o en trabajos que requieran un gran esfuerzo físico o traigan aparejados niveles de estrés elevados.

Entre estas variables, la dimensión psicosocial es tenida muy en cuenta. Sin embargo, resta por identificar cuáles factores dentro de esta dimensión tienen más peso para determinar una amenaza o parto prematuro. Dentro de esta línea, diferentes investigaciones se abocaron al estudio de los sucesos de vida que resultan significativos (“life event”) para la mujer embarazada.

Newton y Hunt, (1984) han realizado un trabajo prospectivo con el fin de investigar el estrés psicosocial y su relación con el bajo peso. Examinaron 250 madres, en un estudio randomizado, usando un inventario de eventos o sucesos de vida y una lista de 20 ítems, con el fin de determinar los niveles de ansiedad. Las pacientes fueron entrevistadas en tres momentos a lo largo del embarazo, y luego del nacimiento. De estas madres, 195 tuvieron bebés a término y 20 tuvieron bebés prematuros o de muy bajo peso.

El bajo peso y/o prematurez fueron significativamente asociados con un suceso de vida ocurrido en el 3° trimestre del embarazo; el mismo fue definido como aquél cuya ocurrencia pudo ser confirmada por un tercero, no comprometido afectivamente con el suceso (por ejemplo desempleo de la pareja, muerte de familiar cercano, etc.)

Las madres fumadoras tuvieron recién nacidos de bajo peso o prematuros. El cigarrillo fue una importante variable en este aspecto.

La influencia de la variable clase social no resultó significativa para esta población y los cuidados prenatales fueron tomados en cuenta en la evaluación del estrés y el soporte social con el que contaba la mujer durante su embarazo.

Estudios posteriores no pudieron confirmar los datos señalados por Newton y Hunt (1984)

1.9 Embarazos de riesgo y experiencias de vida

Pierre Rousseau, en su artículo “¿Cuáles son los verdaderos embarazos de riesgo?” (1994) plantea que en la actualidad el interés girará alrededor del nacimiento de neonatos de bajo peso al nacer (<2500g) y no del parto prematuro. Este grupo incluye a los prematuros (nacidos antes de las 37 semanas de gestación) y a niños con retardo de crecimiento intrauterino.

El interés por estos niños es múltiple ya que el porcentaje de los mismos aumenta en los países occidentales y, a la vez, concentra la mayor parte de casos de mortalidad perinatal. Según este autor, los factores psicosociales, no han sido investigados en su totalidad y dentro de ellos, en especial, los acontecimientos de vida (life events) encontrados en las historias de las futuras madres. Esto se puede deber a la falta de interés por estos temas o a otros aspectos ligados a los limitados sucesos de vida mencionados en las listas de life events presentados a las futuras madres, como por ejemplo la de Newton y Hunt (1984). Por otra parte, a la falta de atención dada a la manera en que las mujeres enfrentan a estos sucesos. (Rousseau, 1994 p.138)

Para intentar remediar estos aspectos señalados, Rousseau (1994), inició un estudio prospectivo en donde tuvo como objetivo registrar durante el embarazo los sucesos de vida que provocasen en las futuras madres, estados emocionales tales como cólera, temor, tristeza, humillación.

Entre 1989 y 1991, se analizaron entrevistas abiertas que surgieron de las consultas prenatales, de 343 madres de embarazos simples.

Los resultados muestran que el RNBPN esta ligado a sucesos de vida de madres en un 63% de casos ($p<0,01$) (Rousseau, 1994, p.138)

El análisis temático de los sucesos de vida reportados por las madres permitieron clasificar a las mismas en dos grupos:

- El primer grupo concierne a los sucesos de vida contemporáneos al embarazo. Las futuras madres señalaron todos los acontecimientos de vida enumerados en el inventario de Newton y Hunt (1984). Por orden decreciente de frecuencia estos son: conflictos familiares, una enfermedad grave o la muerte de alguien cercano, falta de apoyo, conflictos con la pareja, problemas con la justicia, dificultades laborales, pér-

dida de bienes materiales, desalojo. Su intensidad podía variar en función de la forma en que la madre lo vivía.

- El segundo grupo de sucesos señalados por las embarazadas se referían a experiencias vividas antes del embarazo o en la infancia y cuyos recuerdos en estos momentos ocasionaban en las madres profundas emociones. En las entrevistas se encontraron como hechos significativos, las muertes prenatales anteriores, embarazos patológicos, muerte o enfermedad de una persona significativa, maltrato, abuso sexual, etc. Estos recuerdos habían permanecido en forma latente anteriormente y adquirirían eficacia desde lo psíquico en estos momentos del embarazo.

Es interesante señalar la relación entre estas investigaciones realizadas por médicos obstetras y los aportes de psicoanalistas como Bydlowski (1998) y Molénat (1999), en relación a la “transparencia y fluidez psíquica” de la mujer embarazada.

Rousseau (1994) se pregunta como pueden influir los sucesos de vida significativos de la futura madre en el nacimiento de un niño de bajo peso, “¿por qué vías patógenas estos sucesos se pueden somatizar, se inscriben en el cuerpo de las futuras madres a punto de comprometer su embarazo?”.

“Las relaciones entre los sucesos de vida y la prematurez espontánea han sido objeto de muchos estudios experimentales y clínicos que señalan que las hormonas de estrés catecolaminas, corticostéroides y endorfinas aumentan la contractilidad uterina y bajan las defensas inmunológicas del organismo. Podríamos pensar que la segregación de estas hormonas son aumentadas o modificadas por las emociones suscitadas por los sucesos de vida vividos por las futuras madres”. (Rousseau, 1994. p.139).

Las emociones que despiertan sucesos significativos para la futura madre podrían tener así su influencia. Estos hallazgos se correlacionan con el pensamiento de Videla (1973), quien plantea el embarazo como una “situación psicósomática de cambio”, donde se daría “un lenguaje de órgano”, como forma de expresión de estados afectivos.

Debemos tener en cuenta la singularidad del ser humano, ya que no todos los sucesos, como puede ser la muerte de un familiar, influyen de la misma manera en todas las personas.

Así, un suceso banal puede tener una influencia negativa en el embarazo de una madre con riesgo obstétrico de parto prematuro, por ser para ella un hecho muy traumático.

Según Rousseau, las relaciones entre sucesos de vida y bajo peso al nacer por un retraso de crecimiento intrauterino, son menos conocidas.

“Al lado de causas de origen biológico (genéticas, cromosómicas, infecciosas...) la hipotrofia fetal puede ser debida a una insuficiencia crónica de la perfusión placentaria por las arterias maternas. Esta insuficiencia placentaria se establece muy temprano en el embarazo. La perfusión placentaria es en efecto condicionada por la cualidad de olas de invasión tropoblástica de arterias útero placentarias que surgen desde las 12 semanas de amenorrea. Este fenómeno es condicionado por numerosos factores, concretamente por conflictos inmunológicos”. (Rousseau, 1994 , p.139)

Uno podría llegar a pensar que la secreción de hormonas de estrés y al descenso de las defensas inmunológicas inducida por las emociones negativas suscitadas por ciertos sucesos de vida, son susceptibles de comprometer la función placentaria. Esto llevaría a un retraso del crecimiento intrauterino.

Las cifras extraídas del trabajo citado muestran una relación estadística significativa entre la presencia de uno o varios sucesos de vida durante el embarazo y el nacimiento de un niño de bajo peso. Sin embargo 13% de futuras madres que relataron haber experimentado sucesos significativos durante su embarazo, no tuvieron niños de bajo peso.

La utilización de criterios tales como sucesos de vida, parecería no tener entonces un valor predicativo durante el embarazo.

Con el objetivo de poder determinar una mejor detección y prevención del bajo peso al nacer y prematuridad, Rosseau (1996) realizó un estudio retrospectivo con el fin de detectar signos de depresión materna, sucesos significativos y bajo peso al nacer, y administró a las madres del estudio el Inventario de Depresión de Beck. Esto le permitió clasificar a las madres en depresivas y no depresivas.

Correlacionando estos datos con peso al nacer, sucesos significativos e indicadores de depresión, encontró que el 30% de madres que presentaban indicadores de depresión tuvieron hijos de menor peso y esto le permitió elaborar la siguiente hipótesis: las madres que deban enfrentar acontecimientos de vida y reaccionen de manera positiva no corren el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso. Así señala, entre otros factores de riesgo de nacimiento de niños de bajo peso al nacer, las siguientes variables:

- Estrés de existencia
- Escaso sostén social y familiar de la mujer embarazada
- Antecedentes depresivos
- Problemas con la pareja

En un estudio retrospectivo realizado por Lew, Ceriani Cernadas, Altabe, Fernandez Fustiñana (1998), en el cual se tomó una muestra de 231 recién nacidos a término (Control= C) y 77 prematuros de RNMBP (menores de 31 semanas de gestación y 1500 gr de peso al nacer) (Prem= P) con adecuado nivel socio cultural, se determinó que factores tales como muerte prenatal, parto prematuro anterior y consumo de alcohol, incrementaban notablemente la prematurez:

	C N=231	P N=77
muerte prenatal	14; 16%	28; 36%
parto prematuro anterior	4; 2%	9; 12 %
consumo de alcohol	1; 0,1%	4; 5 %

Oiberman y colaboradores (1998) aplicaron una entrevista psicológica semi-dirigida con el objetivo de conocer la influencia en el embarazo de sucesos significativos, a 80 madres con bebés internados en la Unidad de Terapia Neonatal y un grupo control, también de 80 madres, cuyos hijos no habían tenido problemas al nacer. En el grupo control las madres refirieron eventos de vida significativos en 25 casos (31,2%), mientras que en el grupo de madres que tenían sus hijos internados los refirieron en 68 casos o sea (85%).

Los sucesos que fueron señalados con mayor frecuencia en las entrevistas de ambos grupos fueron los siguientes:

- Problemas relacionados con la maternidad. Incluían los siguientes temas: abortos o muertes de hijos previos, temores acerca de la capacidad de sobrevivida del recién nacido, temor de tener un hijo con anomalías. En el grupo control 13,9% de las madres expresaron esos temores, en el experimental el 42,6%.
- Problemas en el entorno familiar.
- Conflictos con la pareja
- Problemas sociales, como desarraigo, desocupación, etc

- Revivir las patologías similares en otros hijos o angustia por otro hijo que no pueden ver. Esto se dio lógicamente en el grupo experimental
- Angustia por estar separada del bebé, sólo en el grupo experimental
- Conflictos infantiles de la madre no resueltos

Por otra parte se realizó un estudio prospectivo con pacientes internadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro (APP) en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, de las cuales un grupo recibió información y contención psicológica y otro grupo no, con el fin de determinar si la amenaza de parto prematuro mejora su evolución cuando el paciente recibe información y contención psicológica durante la internación, aumentando consiguientemente la duración del embarazo (Letarra, Andina, Levi Hara, 2000).

Se incluyeron pacientes internadas de APP, comprendidas entre 24 y 36 semanas de gestación, incluyendo patologías como hipertensión arterial leve, diabetes potencial, diabetes gestacional sin insulina y retardo de crecimiento intrauterino.

En el grupo de intervención se incluyeron 84 pacientes y en el grupo sin intervención 64 pacientes.

No se encontraron diferencias significativas en los dos grupos en relación a variables demográficas y clínicas. Cuando se analizó la prolongación del embarazo a partir de la internación, el grupo que recibió intervención (A) presentó buena evolución en el 82% en comparación con el grupo sin intervención: 67%.

Los autores del trabajo plantean que las pacientes del grupo A alargaron su tiempo de embarazo al sentirse contenidas en su patología y mejoraron su evolución, refiriendo la mayoría que su mejoría se debía a cuestiones afectivas relativas al trato recibido. Concluyendo que los cuidados y sostén psicológico durante la internación, junto con charlas informativas, permitieron controlar la APP, alargar el tiempo de latencia y mejorar su evolución durante por lo menos dos semanas.

Los resultados de estas investigaciones analizadas plantearían ciertos factores obstétricos y psicosociales de riesgo que incrementarían notablemente la prematuridad o amenaza de parto prematuro, determinando un cierto “déficit de base” que, como “terreno fértil”, darían lugar a una cierta “vulnerabilidad materna” de algunas madres de niños prematuros, que podrían influir

luego en el largo proceso de separación durante la internación de sus hijos.

1.10 Bibliografía

- BYDŁOWSKI, M. (1998) “La transparence psychique de la femme enceinte”. En: MAZET ET S. LEBOVICI (comp) *Psychiatrie périnatale*. Presses Universitaires de France; 101-110
- CERIANI CERNADAS, J. (1999): “Más acá del ‘50. El desarrollo de la neonatología”. *Boletín Informativo. Año XXVI- N°3*. Sociedad Argentina de Pediatría; 15-16
- (1991): “Aspectos principales en la organización de un servicio de neonatología”. *Neonatología práctica*. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires; 101-110
- FAVA VIZZIELLO, G. (1992) : “Introducción”. En: FAVA VIZZIELLO, G.; ZORZI, C.; BOTTOS M. (1993) *Los hijos de las máquinas*. Nueva Visión Buenos Aires, 17-26
- (2000): *Los padres en terapia intensiva neonatal*. Ponencia. 5° Simposio Internacional de Actualización pediátrica Dr. Carlos Gianantonio. La medicina Neonatal a fin de Siglo: una evaluación crítica de los resultados y perspectivas en el futuro próximo. Hospital Italiano Buenos Aires
- FUSTIÑANA C. (1991): El recién nacido prematuro. En: CERIANI CERNADAS (comp) *Neonatología práctica*. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires.; 141-143
- GÉLIS J. (1983): *Enfant pas mûr, enfant pas cuit. Un enfant, prématurément. Les Cahiers du nouveauné*. Editorial Stock, París; n°6:105-122
- HARRISON, H. (1946): *The premature Baby Book*
- KLAUS, M. Y KENNEL J. (1975): Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo *La relación madre-hijo*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1983; 100-130
- LATERRA, C.; CASINI, S.; ANDINA, E.; LEVI HARA, C; (2000): Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2000; 19.
- LEW, A.; CERIANI CENADAS, J.; ALTABE, O.; FERNANDEZ, S.; FUSTIÑANA, C. (1998) *Factores de riesgo de prematuridad en una población con apropiado control prenatal, clase media y nivel educacional*

- adecuado*. Poster presentado en VI Congreso Argentino de Perineonatología- Buenos Aires
- LUPO (1991): “Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional”. En: CERIANI CERNADAS, J. (comp.) *Neonatología práctica*. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires; 37-39.
- MOLENAT, F.(1999) *El bebé tiene la palabra: aproximaciones a la psicología perinatal*. Ponencia- Simposio Internacional Secretaría de Extensión Universitaria Fac. de Psicología UBA
- NEWTON, R. Y HUNT, L. P.(1984): Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birt weight. *British Medical Journal* Volumen 288/april :1191-4
- OIBERMAN A.; FISZELEW, R.; VEGA, E.; DI BIASI, S. , MERCADO, A.; GALÍNDEZ, E.; KUFA, P. Y PAVILINUSICH, G(1988): *Detección de factores de riesgo psicosocial en el parto inmediato*. Beca Ubacyt (1995-1997). Trabajo presentado en IV Jornadas de Investigación en Psicología Secretaría de Investigaciones. Instituto de Investigacione Facultad de Psicología UBA.
- PAPIERNIK, E (1983): Prévention de la prématuré. *Un enfant prématurément. Les cahiers du nouveauné*. Editions Stock. Paris; n° 6: 25-30
- ROUSSEAU P. (1994): “Point de vue :¿quelles sont les véritables grossesses à risque ?”. En: *Prévention précoces: les professionnels inventent*. L’AFREE. Francia; cahier n° 7 :137-141.
- (1996) “Vers une prévention du poids de naissance”. En: *L’enfant pendant la grossesse*. L’AFREE. Francia; cahier n° 10:140-152.
- ROLLET C. (1996): “Pierre Budin, l’obstétricien pédiatre, ou début de la médecine périnatale”. *Devenir* 8, n°3. Editions Médecine & Hygiène; Genève; n° 3:61-76
- SEBASTIANI, M.(1994) “Cap. 8: Embarazo de alto riesgo”. En: (1995) *Embarazo ¿dulce espera?*. Paidos Buenos Aires; 56-68
- VIDELA M. (1973) “Normalidad y conflictos en el embarazo cap.V”. En: (1997) *Maternidad Mito y Realidad*. Nueva Visión Buenos Aires

Capítulo II

El nacimiento de un niño. El nacimiento de unos padres.

2.1 Paternidad y maternidad

Numerosas investigaciones especifican la incidencia de factores psicosociales que pueden provocar nacimientos prematuros, de bajo peso y otras complicaciones del feto, por lo que se deduce la importancia del desarrollo normal del embarazo y de sus múltiples interferencias.

Para comprender la vulnerabilidad psicológica que trae aparejado el nacimiento prematuro de un bebé y sus padres, se deben analizar los primeros momentos: cuando una mujer y un hombre desean tener un hijo. La paternidad y maternidad se desenvuelven en una estructura cultural y familiar existente, que impone ciertas reglas que hacen al ejercicio de funciones y roles de padres, madres y recién nacido (Oberman, A., 1999).

Brazelton y Cramer (1990) describen este proceso, planteando diferentes fases. Así mencionan “la prehistoria del vínculo” como el momento en el que las fuerzas “*biológicas y ambientales llevan a hombres y mujeres a desear tener hijos, y las fantasías que estos deseos suscitan*”. En el embarazo, los nueve meses permiten una adaptación física y psicológica al feto en crecimiento, dándose una progresión de etapas, que son descriptas por estos autores como los albores del vínculo. Si bien estos procesos serán vividos por los dos progenitores en forma complementaria, las dimensiones de la maternidad y paternidad son diferentes.

El embarazo constituye una crisis psicológica, para ambos progenitores, por ejemplo el proceso de gestación en la mujer, no es “una enfermedad”; sino que, siguiendo las ideas de Erikson (1967) acerca de las etapas del ciclo vital, el embarazo constituiría un período de conflictividad mayor, una crisis madurativa, para madre y padre, que moviliza energía, despertando ansiedades y conflictos latentes. Pero, a su vez, promueven la búsqueda de nuevas virtudes. En este caso el embarazo permite gestar, dar vida a un nuevo ser. Se trata de una situación que contiene su propia capacidad evolutiva y contribuye a los procesos de formación de una identidad nueva.

Para Erikson (1967), cada etapa del ciclo vital trae aparejada una exigencia de trabajo psicológico y su ejecución permitirá el pasaje a la etapa siguiente.

2.2 Embarazo. Conflictos y temores de la mujer embarazada

A la par que Bowlby (1954) se interesaba en los primeros vínculos entre la madre y su bebé, otros psicoanalistas comenzaban a escuchar a las mujeres embarazadas, y el lugar que ocupaban los fantasmas y entretnejidos imaginarios en este período crucial del desarrollo del bebé en el cuerpo de la madre, siendo éstos, importantes factores de influencia, también sobre el mundo representacional del niño.

El significado psicológico de la interrupción del embarazo, como ocurre en la prematurez, es muy significativo para todo el grupo familiar. Por eso es importante la referencia de autores que dedicaron su observación a la evolución de las mujeres embarazadas.

Bibring (1959) señala la tendencia de las mujeres embarazadas a hablar libremente de sus fantasías y de poder conectarse con su mundo interior.

M. Bydlowski (1998) describe este estado en términos de “transparencia psíquica”, un estado de susceptibilidad donde los fragmentos del inconsciente vienen a la conciencia y conducen a la movilización de recuerdos que quizás habían permanecido ocultos durante mucho tiempo. Las investigaciones citadas en el capítulo anterior que se refieren a Newton y Hurt, y los trabajos de Rousseau concuerdan con los aportes dados por los psicoana-

listas mencionados los que se refieren a la influencia de experiencias pasadas sobre el estado clínico de las embarazadas.

Molénat (1999), habla de la “fluidez” del inconsciente, que es observada en entrevistas clínicas. Brazelton y Als (1979) registraron en entrevistas prenatales estados de ansiedad muy significativos. Leff, R. (1993, citado por Gautier, 1998) describe un fenómeno semejante y habla también de la “permeabilidad del inconsciente”. Sugiere que se encontrará en los relatos de las madres embarazadas un material clínico muy significativo.

Según Bydlowski, mencionada por Gautier (1998), la concepción y el parto tienen una significación particular para la madre y son a menudo relacionados con afectos, recuerdos, o hechos frecuentemente ligados a experiencias significativas, como la muerte de un familiar o la pérdida de un embarazo anterior. El embarazo posterior a una muerte prenatal o natal es expresado con una gran intensidad afectiva.

Esto confirmaría los resultados encontrados por Oiberman, Fiszlewe, Vega, Di Biassi, (1998) en relación a la mayor frecuencia de problemas relacionados con embarazos patológicos, como abortos o muertes de hijos previos. Estos fueron señalados por las madres, como sucesos significativos que influyeron afectivamente en el proceso del embarazo.

Bydlowsky (1998), plantea, a su vez, que las mujeres embarazadas parecen expresar una mayor preocupación afectiva sobre ellas mismas y la relación con sus madres, antes que las fantasías alrededor de su hijo.

Fava Viziello y colaboradores (1993), en investigaciones realizadas con embarazadas sobre representaciones maternas mencionan una organización ansiógena a los 7 meses de embarazo.

Gauthier (1998) señala basándose en su experiencia clínica que el período que va de la concepción del niño hasta los 18-24 meses de edad, es muy sensible para la mujer porque produce cambios psicológicos y reestructuraciones internas que pueden ser pasajeros o permanentes. Se observa aquí una experiencia esencial única para la mujer, porque se transforma en madre en su cuerpo y en su psiquis, ante sus ojos, y a los ojos de los otros, bajo la mirada de su madre y de su propio hijo.

Benedek (1970), plantea que estas observaciones ligadas al estado emocional observado en las mujeres embarazadas revelan las necesidades receptoras-retentivas, que la necesidad biológica de la maternidad determina en la mujer.

Define la maternidad como un estado psicobiológico normal; como una “fase crítica” en la vida de una mujer, en la que se requiere ajustes fisiológicos y adaptaciones psicológicas.

Para esta autora la maternidad es la manifestación del instinto de supervivencia del niño. Este daría lugar al impulso reproductor de la mujer y a sus correlatos psicodinámicos de las tendencias receptivas y retentivas que son fuente de la “cualidad maternal”.

El conflicto básico al que se vería enfrentada la mujer embarazada gira alrededor de la regresión psicobiológica que produce el embarazo, los dolores y peligro del parto.

El dar un significado psicológico al embarazo, permite una evaluación clínica del desarrollo de la personalidad femenina. Los conflictos que se reavivan en él influyen en los sentimientos de la mujer acerca de la maternidad y en su actitud hacia los hijos. (Benedek, 1970 .p .147).

El psicoanálisis de la mujer embarazada o puerpera, a través de los procesos de proyección e identificación, ofrece indicadores sobre la interacción de tres generaciones en la psicología de la maternidad.

Deutsch H. en 1949 (citada por Videla, 1973) trató de explicar la relación entre la mujer embarazada y su madre, basándose en el pensamiento de M. Klein sobre el conflicto edípico, y complejo de castración femenino. Este último consiste en el temor de la niña a que la madre destruya su interior y robe sus contenidos.

Al revivir la mujer en su gravidez el vínculo primitivo con su propia madre, se produce una identificación con el bebé en gestación y vive una profunda regresión.

Por otro lado el bebé en gestación representa para el inconsciente de la embarazada, el superyo materno. Teme ser destruida por el feto; experimenta el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre y así el embarazo se convierte en un castigo. Aparecen sentimientos de culpa por haber robado el niño a su madre, por haber envidiado su capacidad creadora, etc.

El embarazo movilizaría para esta autora fantasías de la vida mental, que darían lugar a múltiples angustias y trastornos somáticos.

En el parto se reviviría su propio trauma de nacimiento. La madre identificada con su hijo vive a través de él y a su vez vive el temor de separarse de su propia madre. Cuando se produce el nacimiento se identifica con el desamparo del bebé y siente no poder continuar protegiéndolo en la vida. El temor a la separación es la mayor ansiedad del parto.

Por eso debido a la movilización interna que vive la mujer embarazada, ésta necesita amparo y protección de su entorno.

Langer, M. (1964) retoma las ideas de Deutsch H. (1949, citada por Langer 1964), sobre la regresión parcial, la ambivalencia, y la emergencia de conflictos primitivos de la vida mental, en la mujer embarazada, señalando la importancia de la contención de la mujer en esta etapa de la vida. El mayor o menor grado de aceptación del embarazo por parte del ambiente social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad. Si la mujer se siente serena y tranquila se identifica con su ideal de madre y con su capacidad de proteger a su hijo. *“Vive en este estado la unión más íntima que pueda existir entre dos seres. Desde que nació, por primera vez no está sola. Es difícil traducir en palabras esta sensación de dar y recibir amparo y amor”* (Langer, M. 1964 ; P.196).

Aberastury, en su artículo “Nuevas perspectivas en la terapia” (1984), nos habla también del significado de la espera de un hijo para la mujer. Esta reactiva las ansiedades que sintió desde pequeña en relación con el interior de su cuerpo.

“El hijo será la prueba de realidad que la certifique de su integridad y plenitud, si nace sano. Los temores frecuentes en las embarazadas de tener un hijo defectuoso o de no llegar a buen término el embarazo, son una consecuencia de estas angustias. Por eso también el hijo toma características de ese desconocido interior tan temido y actúa con él dando pruebas de una ignorancia que va más allá de lo que conscientemente llamaríamos falta de experiencia” (Aberastury, 1984. p.249).

Señala la importancia de los grupos de orientación para madres como una forma de ayudar a las madres a tener una maternidad feliz.

Como se ha planteado el embarazo constituye un proceso tanto psicológico como corporal, “una situación psicósomática de cambio” (Videla, 1973) en la que lo corporal y lo psíquico se funden dando lugar a diferentes fenómenos. Aparecen síntomas que son llamados “lenguaje de órgano” (Videla, 1973). Estos representarían señales de alarma a través de las cuales la embarazada trata de expresar algunos de los conflictos que anteriormente mencionamos, y que no puede verbalizar. Representarían un pedido de ayuda ante la situación que está atravesando.

De ahí lo expresado por Langer, M y Aberastury, A. sobre la necesidad de grupos de contención para embarazadas.

2.3 Ansiedades de la embarazada

Soifer, (1971), menciona diferentes momentos a lo largo de los 9 meses del embarazo, que dan lugar a incrementos de ansiedad, producto de fantasías, que pueden durar días o semanas. Surgirían síntomas físicos como consecuencia de los mismos, que tendrían la función anteriormente mencionada de lenguaje corporal y en casos extremos producir el aborto o parto prematuro.

En el comienzo de la gestación, aparece como un síntoma la hipersomnía, que se manifiesta en la necesidad de la embarazada de dormir más tiempo que el habitual y que puede ser entendida desde lo psicológico como la regresión que surge de la identificación de la embarazada con el bebé en gestación y la regresión estaría inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales que comienzan a expresarse en su cuerpo.

Para Soifer (1971), los vómitos y náuseas de los primeros meses sirven para expresar la incertidumbre que genera todo embarazo. Y retoma los conceptos de Langer (1964) sobre el conflicto que se genera en la embarazada.

La ansiedad es otra exteriorización de la situación de los primeros meses desde un punto de vista psicológico. Ella podría expresar el conflicto de ambivalencia, como consecuencia de la intensificación en las vivencias persecutorias.

Estas manifestaciones de acuerdo a los autores citados serían el producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados por la propia madre, como por los deseos de ocupar su lugar. La vivencia persecutoria es consecuencia del miedo a que alguien pueda arrebatarse el hijo soñado y sus actitudes son señales de una fantasía o bien que el embarazo tan deseado pueda contener la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía envidiosa de tener un hijo y que a su vez la madre sea destruida.

Otro aspecto señalado por Soifer (1971) es manifestado por síntomas, como vómitos y náuseas que expresan el temor de no ser capaz de dar a luz y de criar un niño. Este temor se verá disipado o no al final del embarazo.

Esta autora menciona ansiedades tales como:

A) Ansiedades del 2º y 3º mes: los relatos de sueños de embarazadas, según dicha autora, permiten detectar la instalación de la placenta y las ansiedades anteriormente descritas se ven incrementadas, dando lugar a disfunciones como diarrea o

constipación, llegando en casos extremos a situaciones de peligro de aborto.

- B) *Percepción de movimientos fetales*: pueden ser percibidos a partir del 3º mes y medio o 4º mes del embarazo, correspondiendo a la evolución de los movimientos fetales, siendo éstos no siempre registrados hasta los 5 meses o tal vez más cerca del final del embarazo.

Otro síntoma sería el embotamiento de la percepción que puede llegar a la negación del embarazo, confundiéndolo con una amenorrea. Soifer (1971) señala también que otra manifestación psíquica es la queja por las molestias que generan las supuestas “patadas del bebé”; porque el mecanismo inconsciente de proyección puede dar lugar a que los movimientos naturales del feto sean vividos como agresivos, y hasta sádicos.

Tales distorsiones de la percepción, por negación o proyección, son producto de un estado de intensa ansiedad, que se relaciona con los sentimientos maternos de responsabilidad al crear una vida. Luego como consecuencia de ese sentimiento, aparecen mecanismos maníacos tanto en relación al bebé en gestación como por lograr tener un bebé hermoso, o como un despliegue de intensa actividad por parte de la embarazada, incluyendo aumento de peso, los “antojos”, trastornos somáticos que se manifiestan en esta etapa. Esta línea de pensamiento es importante al analizar la historia de algunos bebés nacidos prematuros.

Posteriormente aparecen otros sentimientos que expresan el temor de tener un niño deforme y la ansiedad casi incontrolable de verlo. Estas angustias se pueden analizar de acuerdo con las observaciones realizadas por Missonier (1998), en las prácticas ecográficas, con relación a los interrogantes de los padres sobre “el sexo del bebé”.

En este punto juega un papel importante la paternidad y al respecto es interesante mencionar lo planteado por Soifer (1971), acerca de las fantasías inconscientes que pueden emerger en esta etapa del embarazo, ligadas a la propia conflictiva edípica, que pueden dar lugar a sensaciones de exclusión y la envidia por lo que la mujer tiene y él no.

- C) *Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos del bebé en gestación, (desde los 5 meses en adelante)*. Estas experiencias corporales de movimientos del bebé van acompañadas de una mayor percepción de contracciones

uterinas fisiológicas, lo que provoca mayor ansiedad en la madre.

D) *Ansiedades por versión interna*: Desde la mitad del 7º mes se pueden producir porque el niño se va ubicando con la cabeza para abajo y queda en la entrada del canal del parto.

La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provocan una intensa crisis de ansiedad que es totalmente inconsciente y que se traduce en manifestaciones psíquicas y somáticas como las mencionadas anteriormente.

De acuerdo con los trabajos clínicos de la citada especialista, se plantea que ciertas contracciones uterinas producen patologías como presentación de nalgas, porque en ciertas madres el aumento de ansiedad asusta y desconcierta por la incertidumbre de las manifestaciones sobre ciertas fantasías de vaciamiento. En este punto se debe tomar lo aportado por las investigaciones de Fava Vizziello (1993), en relación a un aumento de la ansiedad alrededor del 7º mes o cuando se produce la rotación del feto.

Según Soifer (1971), estas sensaciones, en algunos casos, no existen, y pueden ser producto de la eficacia psíquica de mecanismos de negación o en el caso opuesto, pueden dar lugar a procesos somáticos de hipertensión y/o aumento de peso. En ciertos partos prematuros puede aparecer el mecanismo defensivo de evacuación, ante el incremento de ansiedad.

Por eso surgen en esta etapa ansiedades que son producto de otras problemáticas, entre otras, la relación de la pareja, la familia de origen, la situación económica, y la duda de no poder criar adecuadamente a su hijo.

E) *Ansiedades del comienzo del 9º mes*: las modificaciones fisiológicas que se producen en este mes acentúan la ansiedad del parto y la incertidumbre implica un ataque al narcisismo infantil, dando lugar a la emergencia de mecanismos defensivos como: el pensamiento mágico y la omnipotencia de las ideas.

El origen de estas ansiedades se encuentra en el temor al parto, y a la muerte del bebé. Estos temores se pueden expresar en la sensación de dejar de percibir los movimientos fetales, o también “falsas alarmas” por dar a luz, que son expresiones, sin lugar a dudas, de la incertidumbre ante lo nuevo.

Otra autora, Videla, (1973), en su libro “Maternidad, Mito y Realidad”, plantea que cuando la mujer busca embarazarse, cons-

ciente o inconscientemente, posee dos grupos psicológicos de referencia:

- A) La relación con su madre y su padre, que incluye procesos de identificación y de diferenciación con relación a los contenidos psíquicos, fantasías y ansiedades que se manifiestan.
- B) Los elementos que la sociedad y la cultura le señalan, pueden determinar los modelos de maternidad o de identidad femenina que estos tratan de imponer a sus miembros.

Por otra parte, la autora habla también de la influencia de la sociedad de consumo, que a través de mensajes publicitarios transmite una imagen idealizada y distorsionada de la maternidad, donde no sólo las mujeres gestantes son “hermosas y estilizadas” rodeadas de confort y de su familia; sino que sus hijos son hermosos y con determinadas características físicas. Esta imagen social es diferente de la realidad del bebé prematuro y su madre.

La misma autora, de acuerdo a su experiencia, relata una serie de temores que pueden expresar las mujeres embarazadas. Se mencionará sólo aquellos que resultan importantes con el fin de analizar la prematurez.

Otros aspectos que analiza M. Videla (1973) son:

- Temor a perder atractivo físico durante el embarazo: la mujer debe enfrentarse a una serie de cambios corporales para los que no suele estar preparada. Estos cambios corporales representan la pérdida del cuerpo infantil, y una modificación de su esquema corporal que muchas veces no concuerda con su representación corporal.
La elaboración de ambas imágenes, cambios corporales y representación del cuerpo, se producirá a lo largo del embarazo. De ahí que surjan problemáticas ligadas al duelo por el cuerpo infantil, tal como ocurre en el proceso adolescente.
- Temor a tener un hijo anormal; temor a la muerte del hijo cuyos motivos ya fueron analizados por M: Langer, Aberastury y Soifer, relacionados con el complejo de castración, siguiendo el pensamiento de M. Klein; Temor a sufrir mucho dolor en el parto: de acuerdo a Videla (1973), reflejaría el dolor por el desprendimiento del hijo y estaría relacionado con otro temor ligado a no poder separarse del bebé luego del parto, y que fue significado por H. Deutsch como el temor de separarse de la madre.

2.4 El embarazo como preparación para la paternidad

M. Videla se refiere a la intensa comunicación existente entre la madre y el bebé en gestación (Videla, 1973), fenómeno que ayudará a comprender los dolores psíquicos de la madre ante la separación abrupta de su hijo prematuro.

Dice sobre el tema lo siguiente: *“Un embarazo que transcurre normalmente significa que madre e hijo tienen un profundo conocimiento mutuo. La implantación del embrión en el endometrio implica un mutuo acuerdo psicossomático”* (Videla, 1973 p. 97)

Esta observación se puede relacionar con los conceptos de Winnicott acerca de la “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1956).

Este autor la define como *“un estado muy especial de la madre, una condición psicológica”* (Winnicott, 1956 p. 407). Y explica cómo se daría esta condición, que es mencionada alternativamente con los términos psiquiátrica y psicológica: *“Gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo. Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño. No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo. Iría aún más lejos y diría que el recuerdo que de este estado conservan las madres tiende a ser reprimido”* (Winnicott, 1956 p. 407).

Se destaca el concepto de Winnicott sobre el proceso de desarrollo de la “preocupación materna primaria”, que requiere tiempo; tiempo de gestación psíquica para poder constituirse. Tiempo dado por el tiempo biológico de gestación de un bebé, o sea 9º meses. La falta de este proceso completo puede interferir en el normal desarrollo de esta comunicación entre la madre y el niño, tal como ocurre en la prematuridad.

2.5 Etapas psicológicas del embarazo

Este pensamiento coincide con las ideas desarrolladas por Brazelton y Cramer (1990, p. 41), quienes plantean que las etapas físicas del embarazo estarían ligadas a la preparación psicológica de ambos padres. De tal manera que a los 9 meses, tanto la madre como el padre, tienen la sensación de estar completos y listos para recibir a su hijo. Por el contrario, si el nacimiento ocurriera antes de lo previsto, dicen estos autores, encontraría a ambos

padres no preparados para el mismo y esta situación se daría con mayor intensidad en los partos prematuros y en aquellos embarazos que presentarían complicaciones físicas que alterarían, a su vez, la preparación psicológica adecuada para los padres. Plantean además, tres etapas preparatorias, cada una de las cuales estarían ligadas al desarrollo físico del feto y pueden contemplarse fenomenológicamente como tres tareas separadas y diferentes.

Las etapas son:

1. *Aceptación de la noticia.*

La falta del período menstrual determina desde lo corporal para la mujer y para el hombre futuro padre, la entrada a una nueva fase de sus vidas que moviliza ciertos aspectos psicológicos ligados a sus historias.

La tarea más inmediata que tiene la mujer es la de integrar “ese cuerpo extraño”, dentro de sí, iniciando un período de repliegue sobre sí misma, de sentimientos ambivalentes y de dependencia.

Por otra parte, el futuro padre vive esta nueva situación como una retrospcción hacia su propia infancia e ideales.

Si bien las dimensiones de la maternidad y paternidad son diferentes, las experiencias recibidas pasivamente por ambos (madre y padre) de sus propios padres o sustitutos, permiten en este caso al hombre, obtener un modelo de aprendizaje de la función identificándose con los cuidados maternos recibidos. Frente al niño por venir, la reorganización de lugares, de roles en la dinámica intergeneracional e intrafamiliar opera.

2. *Los primeros indicios de un ser separado.*

Después de la confirmación del embarazo, el momento de percepción de los primeros movimientos fetales es el siguiente acontecimiento decisivo para los futuros padres. Desde un punto de vista psicológico, el bebé ha empezado a adquirir autonomía. Se puede decir que aquí es donde comienza el vínculo más temprano, puesto que ahora hay un ser separado y, por lo tanto, una posibilidad de relación. La percepción de los movimientos fetales es la primera aportación del futuro hijo a la relación.

El nuevo carácter concreto del bebé, complementado por las ecografías y los cambios corporales visibles para ambos, sobre todo para la madre, aportan una nueva realidad como fan-

tasías en relación al futuro hijo. Surge un estado de identificación con el bebé en gestación, que la hará sentirse a la madre más dependiente, más regresiva, más simbiótica, en este retorno al “útero fantaseado” (Brazelton, Cramer, 1990 p. 48). Esto le permite una elaboración de sus propias necesidades de dependencia y de deseos de simbiosis insatisfechos. El bebé en gestación permite a la madre reparar de alguna forma su primitiva historia.

El reconocer el rol del padre ayuda a la futura madre en la tarea de separarse del futuro bebé y diferenciarlo de sus fantasías

3. *El aprendizaje sobre el futuro bebé.*

Los padres comienzan a personificar al bebé en gestación. Durante este período, el bebé intraútero da señales de presencia, a través de la adopción de ciclos y patrones de movimiento y actividad, que pueden ser reconocidos y previstos.

Su respuesta puede considerarse cómo una forma de interacción temprana. Los padres personifican al bebé en gestación a través de la búsqueda de nombres, lugar dentro del hogar, ropa, etc., en un intento para que éste no sea un desconocido en el momento de nacer; es habitual encontrar en los relatos de los padres, anécdotas acerca de las preferencias del bebé no sólo sobre posturas de la madre, sino también con relación a la música que prefiere. La actitud del padre se vuelve activa y manifiesta, manifestando deseos de una fuerte comunicación con su hijo en gestación. Cuando llega el momento del parto, éste provoca una crisis organizadora, porque se estuvo preparando para el acontecimiento.

Según Cramer y Brazelton (1990), al nacer el niño, la madre gana afuera lo que ha perdido adentro, cambia su gravidez por su hijo.

2.6 La constelación maternal

Tras el nacimiento de un bebé, y especialmente cuando se trata del primer hijo, la madre entra en una nueva y única organización psíquica que Stern (1995) denomina “constelación maternal”. Esta determinará un nuevo conjunto de tendencias, acciones, sensibilidad, fantasías, temores y deseos. Esta nueva organización comienza a gestarse a lo largo del embarazo, y aún antes. Su duración es variable ya que puede oscilar de meses a años, transformándose en el eje de la vida psíquica de la madre. No es uni-

versal, ni obligatoria, y surge a la luz de diferentes factores socioculturales que desempeñan un papel dominante para que se produzca en las sociedades occidentales desarrolladas y postindustriales (Stern, 1995; p.212).

La constelación maternal hace referencia a tres preocupaciones y discursos diferentes:

1. el discurso de la madre con su propia madre, especialmente como madre cuando ella era niña.
2. el discurso consigo misma, especialmente consigo misma como madre.
3. el discurso con su bebé.

Esta trilogía o tríada psíquica: madre de la madre- madre-bebé (Stern, 1995, p. 210), se convierte en su principal preocupación en el sentido que requiere la mayor parte de su elaboración y de su re-elaboración mental.

En nuestra cultura, de acuerdo al autor mencionado (Stern, 1995), cuando la mujer se convierte en madre, surgen cuatro temas asociados:

1- ¿Puede mantener en vida al bebé y hacerle crecer?: tema de la vida y del crecimiento.

Este tema se refiere a la supervivencia del niño. La madre se interroga acerca de si podrá mantener a su hijo en vida y si podrá hacerle crecer y desarrollarse físicamente.

Esto genera una serie de temores en la madre como los que se refieren a la posibilidad de que el bebé muera o enferme, o preocupaciones menores como que no coma, o que ella no lo cuide adecuadamente. Estos giran alrededor del temor al fracaso de la vitalidad y la creatividad animal, la supervivencia de la especie (Stern, 1995, p.214).

2- ¿Puede relacionarse afectivamente con el bebé de forma natural y garantizar su desarrollo psíquico para que sea tal como ella lo desea?: tema de la relación primaria.

Este tema se refiere a la relación socio-afectiva de la madre con el bebé; así la madre se interrogará sobre si podrá amar al bebé y si éste la querrá. Si podrá reconocer y creer que ese es su hijo.

Para Stern este tema se enlaza con la preocupación primaria descrita por Winnicott, y con las funciones maternas como la

de sostén, a través de las cuales se establecería esta primera relación entre madre e hijo.

Los temores ligados a este tema se enlazan con el miedo a fracasar que puede sentir la madre en su función, llevándola a no poder sentirse capaz, a sentirse inapropiada, o a ser demasiado exigente consigo misma. Estos temores estarán enlazados con lo que la cultura espera que debe desempeñar ella en su función de madre.

3- ¿Sabrá la madre cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones?: tema de la matriz de sostén.

Este tema se refiere a la necesidad de la madre “de crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora” que la lleve a contar con una matriz de apoyo.

Esta matriz de apoyo cumple con dos funciones:

- que la madre pueda mantener con vida al bebé y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo
- sentirse apoyada, acompañada, valorada, instruida en su función materna, permitiéndole desarrollar los aprendizajes que requiere el tener un hijo.

Esta función de la matriz de apoyo para Stern (1995, p.216), ha constituido siempre una red femenina y maternal que lleva a la madre a buscar figuras femeninas que cumplan un rol maternal.

De ahí que la futura madre atraviese por un período de reactivación y reorganización de la relación con su propia madre como madre y de ella misma como hija en un juego de “identificaciones en espejo” como mirada narcisística en el que una hija mira a su madre siguiendo una línea transgeneracional

Stern (1995) señala los peligros de la sociedad occidental actual, en la que las mujeres no cuentan con figuras femeninas como figuras de apoyo. Ya que esta matriz de referencia le permitirá establecer comparaciones en relación a ella como madre y memorizar sus experiencias como niña. De ahí que la madre tema no lograr o no poder mantener una matriz de apoyo.

4- ¿Será capaz la madre de transformar su propia identidad para permitir y facilitar estas funciones?: tema de la reorganización de la identidad.

Como consecuencia de la necesidad de generar una matriz de apoyo, la madre buscará modelos identificatorios, reviviendo identificaciones con su propia madre u otras figuras significati-

vas, dando lugar aquí a la transmisión intergeneracional de la función materna.

Como se planteó anteriormente, cada uno de estos temas está asociado a un grupo organizado de ideas, temores, deseos, recuerdos que influenciarán las acciones, interpretaciones, relaciones y conductas de adaptación materna, así como las interacciones con su hijo.

2.7 El futuro padre

Diferentes autores ubican los nueve meses de gestación del ser humano, desde un punto de vista fenomenológico o psicodinámico, como un período de preparación psicológico, ambiental y social para los futuros padres.

¿Pero qué ocurre con el futuro padre durante la gestación de su hijo?. Si bien la cuestión de la paternidad es tan compleja como la maternidad, por estar atravesadas por ejes históricos-culturales que confluyen en su determinación, se debe señalar que la maternidad, con su anclaje biológico dado por el embarazo y parto, conserva cierto orden de registro y de legitimidad “natural”.

Antes del nacimiento, al niño no se lo declara ni se lo inscribe en los registros civiles, no existe legalmente. Luego de producido el nacimiento el bebé adquiere un status legal, y el padre también como tal.

Winnicott (1960), plantea la función paterna ligada a la creación de un medio ambiente que beneficie en los primeros momentos de la vida del niño la “convivencia madre-bebé”. Determinando que la madre, por su parte, podrá cumplir mejor sus funciones si es objeto ella misma de cuidados. Los cuidados satisfactorios que brinde a su bebé estarán en estrecha relación con los cuidados que ella misma reciba. Función esta última que estará en parte a cargo del padre como sostén de la díada.

Stern (1995), por su parte, continúa esta línea de Winnicott planteando que el padre tiene un importante papel en la organización de la “constelación maternal” como protector del ambiente en el cual ésta se desarrolla, brindando cuidados especiales a la madre, cubriendo sus necesidades vitales y permitiéndole retirarse durante algún tiempo de las exigencias de la realidad externa. La función paterna se vincularía así con un rol de protector y amortiguador físico y práctico, brindando apoyo psicológico a la madre, permitiéndole dedicarse a la organización de los temas

subjetivos que se despliegan y constituyen la constelación maternal mencionada anteriormente.

Por otra parte Benedik (1970), cuando aborda el desarrollo de la condición psicobiológica de progenitor, se plantea que el conflicto básico de la paternidad no se sitúa en la función procreadora, sino en su retoño, en la función de proveedor de seguridad, y esto involucra un esfuerzo de trabajo para lograr un entorno de seguridad.

En la sociedad moderna se encuentran padres que se comprometen en el cuidado y crianza de sus hijos, así como en los primeros momentos del embarazo de su mujer. En los últimos 30 años, según Oiberman (1999, p.34), se puede observar “un modelo de padre”, denominado “New Father”, el que se compromete como agente emocional del desarrollo de sus hijos, más allá de la función paterna ligada al sostén de la díada (Winnicott, 1960). Así se encuentra un nuevo criterio de filiación, que implica la posesión del estado, de la identidad paterna ante la presencia afectuosa y formadora del hijo que viene a constituir el vínculo paternal.

El padre, que es reconocido por su presencia afectiva cotidiana, da lugar a otro registro desde lo corporal y define una nueva proximidad entre padre e hijo. Esto ya es experimentado durante el embarazo, y hay padres que relatan la comunicación que establecen con el bebé en gestación a través de caricias, palabras, música etc.

Es necesario puntualizar las vivencias del futuro padre durante el embarazo de su mujer, para luego poder analizar el lugar del padre en el nacimiento prematuro.

Soifer (1971), ya mencionaba que, en el período del embarazo, cuando la embarazada comienza a percibir los movimientos fetales, surgen ciertas fantasías por parte del futuro padre en relación a la envidia que le produce el gestar de su mujer, o el sentirse excluido en esa relación tan cercana y especial.

Brazelton y Cramer (1990), hacen referencia a lo que serían los albores del vínculo entre el futuro padre y el bebé en gestación, y señalan la identificación central del futuro padre con su propia madre, así como con su capacidad de tener y criar hijos, para luego identificarse con el padre y su pasaje a la masculinidad.

De acuerdo con sus experiencias clínicas no todos los padres aceptan la renuncia a su falta de capacidad de tener hijos, porque se sienten excluidos del proceso de gestación del bebé e inconscientemente compiten con la madre, exhibiendo síntomas que nos

recuerdan ciertas ceremonias de los pueblos primitivos, como la couvade. Por ello, no se muestran empáticos ante las necesidades internas de la embarazada.

La couvade consiste en un ritual donde los hombres simulan dolores de parto y alumbramiento. El término proviene del vocablo francés “couver”, que significa: empollar, incubar y lo aplicó por primera vez el antropólogo inglés Sir Edward Taylor, en 1865. (Oiberman, 1999).

Según Cramer y Brazelton (1990), los hombres que pueden sublimar satisfactoriamente estos deseos, experimentan una renovada creatividad y nuevas energías e, igual que para la mujer, el hijo, para el hombre representa un deseo narcisista de ser completo y omnipotente. Por ello desea producir un hijo e identificarse con él, reproducir una imagen de sí, o reparar o continuarse en él.

Es interesante rescatar la opinión de estos autores en relación a ciertos fenómenos psicológicos que pueden observarse en aquellos padres que intervienen activamente en el embarazo de su mujer, en las entrevistas prenatales y/o parto, y se refiere a cierto grado de competencia que puede darse entre los futuros padres por desear la exclusividad en la “posesión del hijo”.

En general, estos aspectos se relacionan con los procesos de apego al futuro hijo. Durante el 3º trimestre del embarazo (momento en el cual puede producirse un nacimiento prematuro), observaciones clínicas de Brazelton y Cramer, refieren un aumento de la ansiedad del futuro padre, en relación a la salud del bebé. Esta ansiedad encubre ciertas fantasías inconscientes que pueden ser vinculadas a su ambivalencia, rivalidad y resentimiento frente a la capacidad de la mujer de poder gestar en su cuerpo al futuro bebé.

Videla (1973), plantea que al no poder comprobar en su cuerpo los movimientos del niño y no poder compartir el desarrollo embrionario del mismo, como le sucede a la mujer, el padre queda más librado a sus fantasías y ansiedades.

Hablan de la actitud de “guardabarreras de las madres” (Brazelton y Cramer, 1990. p.75), haciendo referencia a la interferencia que producen en el vínculo entre el padre y su hijo, no propiciando la triangularidad.

Según Lebovici (1989), el padre necesita apoyo afectivo por parte de la madre, para volverse un padre interesado, ocupado de sus hijos.

El lugar del padre se desarrolla a lo largo del proceso del embarazo. No es un sustituto materno frente a una madre no continente, ni se reduce sólo a ser el compañero de la misma. Existe un placer corporal y psicológico del padre hacia ese nuevo rol, en interacción con su mujer y con su bebé en gestación. Así, encontrará placer al sentir sus movimientos en el vientre de la embarazada, o en las palabras dichas.

Al referirnos al bebé prematuro y sus padres, veremos cuántas de estas experiencias prenatales servirán de guía al bebé para reconocer entre el sin fin de voces de una Unidad de Cuidados Intensivos, a sus padres y así se reconocerá que el embarazo es el primer peldaño en el vínculo entre los futuros padres y el bebé.

Las fantasías y temores de los padres, sentidas durante el embarazo, pueden ser movilizadas, adquiriendo diferentes matices si el nacimiento se produce antes del tiempo previsto.

La madre, por lo explicado anteriormente, se volverá a su propia madre para poder comprender qué le está sucediendo y cómo ser madre. A su vez, el padre encontrará en la presencia del hijo una señal acerca de qué es ser padre, situación que lo remitirá a su propia historia.

Pero qué ocurre cuando el nacimiento ocurre antes de tiempo y no hay experiencias familiares que indiquen qué camino seguir. Los padres, junto con el recién nacido prematuro, iniciarán un nuevo recorrido que exigirá de todos un esfuerzo de reorganización ante esta situación fuera de lo esperado e imaginado por todos. Período de búsqueda tanto interna como externa, que se intentará descifrar a partir de los relatos de los padres y del reconocimiento de las capacidades de adaptación y regulación del niño prematuro.

2.8 Bibliografía

- ABERASTURY, A. (1984), “Nuevas perspectivas en la terapia”, *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Paidós. Buenos Aires; 231-248.
- BENEDEK, T. (1970), “La psicobiología del embarazo,”. En: ANTHONY, E.J. y BENEDEK, T. (compiladores) *Parentalidad*. Asappia. Amorrortu Editores. Buenos Aires; 146-159.
- BIBRING, G.L. (1959), “Some considerations on the psychological processes in pregnancy”. *The psychoanalyses study of the child.*; London; 113-121,

- BOWLBY J. (1954) “*Cuidados maternos y salud mental*”, en: Organización Mundial de la Salud Monografía N°2. Ginebra.
- BRAZELTON, B. Y ALS, H. (1979) “Four early stage in the development of mother-infant interaction, en: *The psychoanalyses study of the child* n° 34: 349-370.
- BRAZELTON, B. Y CRAMER, B (1990) “El embarazo: el nacimiento del vínculo”, en: *La relación más temprana* . Paidós, España 1993; 23-80.
- BYDŁOWSKI, M. (1998) “La transparence psychique de la femme enceinte ”. En: MAZET, P. Y LEBOVICI, S.(compiladores) *Psychiatrie périnatale*. Monographies de la psychiatrie d’enfant. Presses Universitaires de France PUF; 101-110.
- FAVA VIZZIELLO, G.; GRACIA, M.; ANTONIOLI, M Y COCCI, V. (1993), *Dal mito al bambino reale. La gravidanza tra fantasia e realta*. Ed. Il pensiero scientifico editore, Italia; 159-178
- GAUTHIER, Y. (1998), “Du projet d’enfant aux premières semaines de la vie”. Perspectives psychanalytiques. En: MAZET, P. Y LEBOVICI, S. (comp.) *Psychiatrie périnatale*. Monographies de la psychiatrie de l’enfant. Presses Universitaires de France PUF; 39-57
- ERIKSON (1967) “Method for frequent assessment of symptomatology pregnancy”, en: *Psychol. Rev.*, 20:447-450
- LANGER, M. (1964), “Embarazo y Parto”, en: *Maternidad y Sexo* Paidós, Buenos Aires. 1964.
- LEBOVICI, S. (1989), “El padre”, en: LEBOVICI, S. Y WEIL-HALPERN, F. (comp) *La psicopatología del bebé*. Siglo Veintiuno Editores; 70-78.
- MISSONNIER, S. (1998), “L’Echographie obstétricale. ¿Un lieu de prévention précoce des avatars de la parentalité ?”, en: MAZET, P. Y LEBOVICI, S. (compiladores) *Psychiatrie périnatale*. Monographies de la psychiatrie de l’enfant. Presses Universitaires de France.;10-30.
- MOLÉNAT, F. (1999), “*El bebé tiene la palabra: aproximaciones a la psicología perinatal*” Seminario Internacional. Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- OIBERMAN, A.; FISZELEW, R.; VEGA, E.; DIBIASI, S.; MERCADO, A.; GALÍNDEZ, E.; KUFA, P. Y PAVINOSICH, S. (1998) *Detección de factores de riesgo psicosocial en el pos-parto inmediato*, Secretaría de ciencia y técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT) Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (1995-1997).

- OIBERMAN, A. (1999) *Padre-bebé. Inicio de una relación*. Editorial Universidad de la Plata.
- ROITMAN, C. (1993) *Los caminos detenidos*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- SOIFER, R. (1971) “Parto y puerperio” en: *Psicología del embarazo*. Kargieman. Buenos Aires.
- STERN, D. (1995) capítulo XI “La constelación maternal”; en: *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Paidós. Buenos Aires (1997); 209-233.
- VIDELA, M. (1973), Cap. V y VI, en: *Maternidad: mito y realidad*. Nueva Visión. Buenos Aires (1997).
- WINNICOTT (1956), Cap. XIV “Preocupación maternal primaria”, en: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Editorial LAIA. Barcelona (1979); 405-412.
- WINNICOTT (1960) Cap. III “La teoría de la relación paterno-filial”, en: *El proceso de maduración en el niño*. Editorial LAIA, Bs As 1975; 41-63.

Capítulo III

La maternidad y la paternidad prematura

3.1 Introducción

El propósito aquí es esclarecer ciertos interrogantes que se plantean a partir del trabajo clínico con recién nacidos prematuros, con menos de 33 semanas de gestación y un peso inferior a los 1550 gramos, y sus padres.

A partir de relatos clínicos se irá desentrañando la problemática de la prematuridad, que será objeto de consideraciones teóricas.

Por su parte, el recorrido de diferentes investigaciones realizadas acerca de las necesidades de los padres, cuando sus hijos prematuros estaban internados en una Unidad de Cuidado Intensivos y en años sucesivos, facilitará la incorporación de aportes teórico-clínicos a modo de integración de lo planteado.

Secundariamente, estos recorridos permitirán un abordaje del tema desde una perspectiva preventiva.

Se ha planteado como los nueve meses de gestación del futuro hijo, son acompañados por un proceso paralelo de gestación psicológica de la futura paternidad. Pero ¿qué ocurre cuando el nacimiento se produce antes de ese período?

Muchos de estos nacimientos, producidos antes de la “fecha probable para el parto”, no son programados. La madre es internada de urgencia en la Maternidad; en algunos casos con riesgo de vida para ella, o para su futuro hijo.

Otras veces, el parto es provocado luego de un período de espera. Por ejemplo, cuando se encuentra asociado con una in-

adecuada condición materna, como puede ser la hipertensión arterial grave o localización placentaria inadecuada, o bien desnutrición fetal marcada. En estos casos, la madre permanece internada con el objetivo de prolongar el embarazo. Con esto se intenta evitar el parto de un niño que aún no se encuentra en condiciones de vivir fuera del útero.

En este período se suele estimular la madurez pulmonar del feto con el fin de que el futuro recién nacido no precise asistencia respiratoria mecánica en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Las experiencias son múltiples y singulares. Por otro lado puede tratarse de jóvenes madres sin antecedentes previos, o madres de mayor edad que han vivido un largo tiempo de infertilidad, y el embarazo puede ser el resultado de un largo proceso de aplicación de técnicas de fertilidad asistida.

Las circunstancias singulares que acompañen este nacimiento antes de término, dependerán por un lado de cuestiones biológicas, pero también de las posibilidades de reconstrucción fantasmática de la familia, a partir del hecho más o menos grave y real de la prematuridad.

El nacimiento prematuro puede ser pensado así como un hecho traumático por excelencia, tanto externo como interno, para la madre, padre y entorno familiar, así como también para el bebé.

3.2 Los primeros momentos posteriores al nacimiento

Desde sus primeros trabajos sobre la histeria, Freud (1893), se refirió al trauma como un agente externo que irrumpe en el aparato psíquico. Más tarde definirá al trauma de manera específica en 1920, en “Más allá del principio de placer”. Allí lo considera desde una manera económica y se referirá a él como la “consecuencia de una herida en la barrera protectora de estímulos” esta es producida por incitaciones exógenas, de carácter mecánico. Maldavsky (1994) amplía estos conceptos refiriéndose a otro tipo de incitaciones tales como las endógenas que se contraponen a un plan vital ligado a la autoconservación y otras incitaciones pulsionales, químicas, ajenas, vueltas intracorporales y plantea diferentes destinos de la intrusión que podrá ser tramitada como agotamiento o por transmutación en una erogeneidad im procesable, tóxica como se da en las afecciones psicósomáticas, adicciones, epilepsias u otras alteraciones afines.

Freud, posteriormente, en 1926, en “Inhibición, síntoma y angustia”, agrega que si el Yo es precario en su desarrollo, el impacto del trauma es más difícil de regular, y de investir al aparato con angustia señal; agregando que los progresos del desarrollo del yo permiten amortiguar y desplazar los efectos de situaciones peligrosas. Así, para cada época del desarrollo del yo se daría una situación peligrosa especial –traumática–, que tendría adscrita cierta angustia adecuada a ella. De esta manera lo traumático estaría enlazado con la estructura pulsional y anímica preexistente.

Lo traumático de la interrupción de la gestación movilizará en cada madre y padre, aspectos ligados a su historia subjetiva, siendo esto vivenciado de manera particular. Sin embargo, más allá de las diferencias individuales, se puede señalar que el nacimiento prematuro es vivido por los padres como un acontecimiento traumático, de interrupción de un proceso; encontrando a éstos no preparados para la separación que la internación del recién nacido en las unidades de cuidado intensivo requiere, ni para el “anidamiento” psíquico de un recién nacido “especial”.

Por lo anteriormente señalado, ellos se encuentran atravesando un momento psicológico muy especial y de acuerdo a lo planteado por Brazelton y Cramer (1990), en el momento en que se produce el alumbramiento prematuro, los padres estarían atravesando la etapa de “aprendizaje sobre el futuro bebé”, que corresponde a los últimos meses de embarazo. Durante esta etapa se da en ambos padres un proceso por el cual comienzan a pensar en el bebé, como ser diferente, personificado a través de la elección de nombres, compra de ropa, etc. A su vez, el bebé en gestación da señales de presencia a través de los movimientos fetales que comienzan a adoptar un ritmo de ciclos y patrones de actividad que le permiten ir reconociéndolos y anticiparlos.

Stern (1995), plantea que la madre, alrededor del 7º mes del embarazo hasta el nacimiento del niño, ajusta su mundo representacional (“modelos sobre el niño”) de la mejor manera, a fin de crear un espacio constructivo para sus representaciones futuras; protege intuitivamente al futuro bebé y a sí misma de una posible discordancia entre el bebé real y el bebé representado, facilitando las posibles representaciones del niño a partir de lo que este “es” y no de lo que ella “representó internamente”. Estos procesos se verán interrumpidos por la prematuridad, en la que la presencia real del niño produce un desfase en las representaciones maternas. Esto da lugar a que el bebé se vea doblemente en des-

ventaja, por un lado, por su inmadurez, al tener que luchar para sobrevivir en un ambiente extrauterino, y por el otro, por las representaciones (de hijo y de madre), por constituirse en la mente de su madre a través de la constitución de su propia organización maternal.

Se puede señalar así que cuanto menor sea el tiempo de gestación del bebé, menor será la identificación por parte de ambos padres de éste como ser diferente. En forma especial, la madre lo vivenciará como una parte de su cuerpo que se pierde, lo cual implica un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del nacimiento.

Independientemente de la causa médica del parto prematuro, se encuentra en la mayoría de los relatos de las madres un signo de culpabilidad ante un hijo prematuro que viene a reflejar no sólo su inmadurez, sino su imposibilidad de retener a alguien que es sentido como parte de su cuerpo. Esto es confirmado por la experiencia del alumbramiento (parto o cesárea). Todo es rápido en la sala de partos, la incubadora esta lista para recibir en su interior al bebé, que la madre verá pasar; hay algo del orden de la pérdida, del desgarro en sus relatos.

Kaplan y Mason (1960, citados por Klaus y Kennell 1975, p.101) observaron las reacciones de las madres frente al nacimiento de un niño prematuro, como “una reacción aguda frente a un trauma, de un proceso patológico que se perpetúa”.

Estos autores definen esta experiencia como una “crisis”, como un período de tensión, en el cual la persona afronta el problema y desarrolla recursos nuevos en base a sus reservas internas y con el sostén de otras personas. Estos recursos se destinan, entonces, a encarar al factor desencadenante y la persona recupera su estado anterior. Plantean que las reacciones frente a un acontecimiento de tal índole pueden ser influenciadas por factores de la personalidad preexistente y las diferentes prácticas hospitalarias.

Los factores de riesgo psicosocial mencionados por diferentes investigadores (Papiernik, 1983, Newton y Hunt, 1884, Rousseau, 1994, Oiberman, 1998), en relación al parto prematuro, bajo peso u otras complicaciones durante el embarazo, podrían dar lugar a una vulnerabilidad biopsicosocial de la madre, que determinaría “un déficit de base” como “terreno fértil a vivencias traumáticas”, y no exclusivamente al parto prematuro, desde lo biológico, sino a la posibilidad de tramitación psíquica de situaciones límites que los padres, y en especial la madre, deberán atravesar durante la

larga internación de su recién nacido. Se puede pensar así la complejidad de fenómenos que pueden entretenerse en este nacimiento antes de tiempo.

3.3 El dolor psíquico

El primer supuesto reside entonces en que el nacimiento prematuro, por su carácter disruptivo, adquiere en un primer momento características de vivencia traumática, en el sentido de que es experimentado como una situación de gran repercusión emocional.

En este punto es importante relatar lo expresado por los padres en una de las reuniones grupales que semanalmente se realizan en la unidad de internación neonatal.

Los padres de G. han tenido un bebé prematuro de 30 semanas de gestación y 1340 gramos de peso. Es su segundo hijo, luego de un embarazo y parto normal de un niño que tiene en la actualidad 3 años.

La madre de M. ha tenido dos bebés prematuros anteriores que murieron durante la internación. M nació con 27 semanas de gestación y 1040 gramos de peso.

Comienza el padre de G. presentándose y comenta: “La mamá rompió bolsa 3 días antes, estuvo internada y lo retuvo 3 días. Estaba de 30 semanas y pesó 1340 gramos.

La madre de G. interrumpe y relata: “el parto fue bueno. Dilaté en 3 horas y era mucho más chiquito que su hermano mayor. Fue un buen parto pero estábamos muy asustados.

Cuanto más tiempo en la panza mejor. Rompí bolsa el domingo y nació el miércoles. Cuando tenía las contracciones, me angustiaba mucho. Al otro día de tenerlo me puse mal.”

Padre de G: “Cuando vimos al bebé fue shockeante, le ponen sondas, lo tapan con algo para conservar calor, uno se asusta, sobre todo luego de haber pasado una experiencia buena con el otro hijo, de tenerlo en la pieza todo el tiempo.” (Los tonos de su voz reflejan los esfuerzos que realiza este padre para poder contener sus emociones).

Madre de G.: “Igual estoy angustiada, si suena el teléfono o cuando voy a venir acá no sé con qué me voy a encontrar.

Cuando lo vi (en la sala de parto), le di un beso a las apuradas y se lo llevaron (cuando comenta esto comienza a llorar). A las 9 horas recién lo pude volver a ver. Cuando lo vi en el parto estaba

mejor..., después ya estaba con el halo de oxígeno y el viernes (a los dos días) le pusieron el respirador...”

Madre de M: “Tengo una historia previa, el haber perdido dos bebés. M. nació de 26 semanas de gestación y de un día para el otro. Fue duro el parto porque me tuvieron que hacer cesárea. Tenía 4 cm de dilatación... Había riesgo por la poca cantidad de agua que tenía la bolsa. Es una recreación del primer caso; a mí me asustan las semejanzas no las diferencias (en relación a lo relatado por los otros padres de G.). Lo otro terminó mal. Siento una ambivalencia quiero estar con el bebé porque me necesita y cuando estoy me angustia, por que si me engancho afectivamente y lo pierdo, como los otros, tengo miedo, se me hace difícil.....

De los otros uno sobrevivió un día. El otro vivió 18 días ...Cada día es una espada sobre la cabeza. Esta ambivalencia la voy a tener que sufrir, sigo adelante, no me voy a dar por vencida. (En su relato se observan sus intentos de mantenerse “armada”, no llorar, no expresar emociones).

....A M. lo vi al día siguiente, me dijeron que me levantara,....tuve que esperar toda la tarde.....La angustia la sufrí cuando me tuvieron que trasladar a una habitación con una mamá que tenía su bebé normal, (por cuestiones de espacio en las habitaciones de Maternidad)

A mí me abrieron, me lo sacaron... y viendo toda la alegría de la otra mamá con su bebé en la habitación.” (El llanto interrumpe su relato).

Surge el dolor psíquico como manifestación exterior visible, perceptible, en los relatos de los padres ante la vivencia de lo traumático y en relación al dolor psíquico, Green (1983), lo define de la siguiente manera:

“El dolor es provocado por una decepción que se recibió en un estado de no preparación; esto lo acerca más a la neurosis traumática que a la frustración, a la privación. Decir que se liga con la pérdida del objeto es menos importante que destacar la no preparación del sujeto, debido a la escotomización y a la desmentida de los signos de cambio del objeto. Es siempre un rayo en un cielo sereno, aún si el sol estaba oculto por las nubes desde hacía semanas. Lo intolerable es el cambio del objeto, que constriñe al yo a un cambio correspondiente”. (Green, 1983. p.144).

El dolor psíquico no es necesariamente un fenómeno patológico; representa el atravesamiento de una prueba. Tendría un significado de percepción interna de que algo está pasando que conmociona y obliga a reconstruirse. En estos casos puede ocurrir que la coraza protectora quede perforada en un punto determinado, desarrollándose un movimiento de conrainvestidura interna, económica, sustrayendo energía libidinal a otros lugares que rodean la zona que ha sido arrasada y desbordada o puede ocurrir por el contrario que resulte imposible recurrir a una conrainvestidura interna surgiendo un dolor que no cesa y una inercia psíquica expresada como estado de abulia duradera con una abolición de la conciencia (y la subjetividad) que da lugar a una fijación más duradera de lo traumático. El paciente que está atravesando así un proceso tóxico o traumático se ubica entonces como aquel que carece de subjetividad y no dispone de sus afectos como expresión de vitalidad dando lugar a mecanismos de defensa del orden del clivaje, la desmentida y la desestimación del afecto, del sentir. Esto es reflejado en los relatos de los padres en los que predomina un discurso carente de dimensión simbólica expresiva de la subjetividad. Así surgen sollozos, palabras entrecortadas, con gestos que expresan el dolor por el que están atravesando. La vivencia de lo traumático pertenece al orden de lo no verbal: es un momento de sentir y no de hablar (Maldavsky, 1994).

Los padres de G. hablan de lo asustados que estaban en el parto. El padre expresa el dolor que siente al ver a su bebé rodeado de tecnología, y sus esfuerzos por no llorar. La madre habla del beso a las apuradas, y llora.

La madre de M. recuerda pérdidas y vivencias anteriores, que tiñen el nacimiento de este niño y contiene su llanto. Al ver a una madre con su recién nacido en brazos, llora.

3.4 “Somos madres especiales porque somos madres prematuras”

Esta vivencia fue expresada por las madres de S., A., J. y J.I., en las reuniones de padres de recién nacidos prematuros, cuando sus hijos permanecían internados en terapia intensiva neonatal y habían transcurrido algunos días del nacimiento.

Se describirá el relato de la madre de A.. Se trata de una madre de 26 años, primeriza sin antecedentes clínicos de patología. Este

hijo fue deseado por ambos padres y planificado luego de 3 años de convivencia de la pareja.

Concurro a la habitación de la maternidad donde está internada la madre. Me presento. La madre de A. me dice que está esperando el alta de su obstetra. Lloro y me dice que no quiere irse. “Vivo lejos del hospital y hasta que me sienta mejor voy a depender de que mi marido me traiga... No entiendo que pasó. Es mi primer hijo, fue buscado, esperado... Durante el 1^{er} trimestre no me sentía bien, tenía náuseas, vómitos, pero luego salía con mi marido. Ha ocurrido todo tan rápido... A las 19 horas comencé a sentirme mal y vine a la guardia. A las 8 de la mañana nació A. con un peso de 1550 y 33 semanas de gestación. La semana que viene iba a comenzar el curso... Aún no tenía nada preparado... ¿Ahora qué voy hacer?, ella es tan chiquita... me sentía tan bien que comía y aumenté de peso. El doctor me dijo que por la presión tan alta que tenía, debía nacer el bebé. Yo trataba de relajarme y no podía. Estaba tan asustada, no sabía qué hacer, qué pensar...” Luego me pregunta si hay alguna posibilidad de quedarse en el hospital: “Estando aquí uno se siente más a su lado”.

Si el nacimiento prematuro interrumpe el proceso de anidación bio-psíquica del futuro hijo, movilizará en consecuencia diferentes conflictos internos, tanto en la madre como en el padre, ligados a un proceso psicossomático en la mujer, y de pensamiento en el padre (Videla, 1973). Esto es expresado a través de diferentes expresiones por parte de las madres. Por ejemplo, “no tengo la panza, no tengo el bebé”. La mamá de A. dice “...aún no tenía nada preparado...” La mamá de M. dice “...a mi me abrieron y me los sacaron...”. Reactivará las ansiedades que de pequeña sintió en relación al interior de su cuerpo y el parto movilizará su propio trauma de nacimiento ligado al temor de separarse de su madre. La madre de A. dice “... estando aquí uno se siente más a su lado”.

Se han señalado las diferentes situaciones que pueden traer aparejado un nacimiento prematuro en relación a factores desencadenantes del parto: embarazos patológicos; estado de la mujer embarazada, por ejemplo, hipertensión arterial, o estado del feto por ejemplo, falta de crecimiento intrauterino.

Esto también determinaría diferentes vivencias, en la medida en que se puede pensar en una preparación para el nacimiento o no, y la angustia como señal de alarma entrará en escena.

Luego de 3 días de internación de la madre se produce el nacimiento de G. y la madre recuerda el parto como “bueno”.

En algunos relatos de las madres, y sobre todo de aquéllas que han tenido “poco tiempo” a su bebé en gestación y han dado a luz a recién nacidos prematuros extremos, o extremadamente pequeños, o sea de menos de 800 g y menores de 26 semanas de gestación, encontramos una identificación con el desamparo del bebé. Es una parte de su cuerpo que se pierde, no es otro, y sienten no poder continuar protegiéndolo dentro del útero.

La madre de S., que nació con 26 semanas de gestación y 890 gramos de peso, dice: “...qué ganas de ser como el lobo feroz y comértelo y meterlo en la panza. ¿No podrá ser cierto lo de los cuentos?... Siento que aún tengo un cordón que me une, estamos muy unidos... me siento vacía, no siento, algo de mí me falta..”

A través de la empatía se puede comprender qué sienten estas madres. Algunos relatos nos recuerdan las “agonías primitivas” definidas por Winnicott en su artículo “Temor al derrumbe” (Winnicott, 1974).

Este autor asocia la palabra “derrumbe” a una situación inimaginable, que se manifiesta ante la pérdida del establecimiento del self como unidad. El yo se defiende ante la amenaza de desorganización y pone en marcha organizaciones defensivas relacionadas con un padecimiento primitivo que ya se ha experimentado, en un estado de no-integración psiquis-soma.

Entre las “agonías primitivas” que Winnicott menciona, podemos señalar el regreso a un estado no integrado, sensación de caída sin límite, pérdida de la convivencia psicosomática, fracaso de la fuerza sustentadora, pérdida del sentido de realidad, pérdida de la capacidad para relacionarse con los objetos. Cuando ellas han sido experimentadas de una manera excesiva, y sin poder ser contenidas por un medio ambiente facilitador, pueden ocupar un lugar central en el desarrollo posterior.

La “pérdida del bebé en gestación”, que nace prematuramente, cuando aún es vivido como parte de su cuerpo por la embarazada, puede movilizar algunos de estos padecimientos primitivos, como vimos en el relato de la madre de S.: “... me siento vacía ... no siento...algo de mi me falta...”

La posibilidad de encontrar una red de sostén, “un ambiente facilitador” que la ayude a “integrarse”, en términos de Winnicott,

le permitirán superar estos padecimientos. Función que cumple el padre, su entorno familiar y el equipo de atención del recién nacido.

Stern (1995) plantea como tema de preocupación para la madre, en la organización psíquica de la constelación maternal, la necesidad de ésta de crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora, de manera que pueda cumplir con sus funciones de mantener al bebé con vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo. Organización psíquica que, como se mencionó anteriormente, se verá interferida en su constitución por la prematuridad.

Por lo tanto, la madre del niño prematuro requiere una matriz de apoyo que no solo le permita reorganizarse luego del nacimiento del niño, sino que la ayude psicológica y afectivamente a lograr amar al bebé y sentir que el bebé la quiera, más allá de la asistencia médica que éste requiera, y que ella puede ayudar a que su hijo sobreviva.

De ahí la importancia dada por las madres a la lactancia, ya que en la medida en que su hijo, a pesar de ciertos cuidados específicos que requiera, pueda recibir la leche materna, ellas aportarán algo para el bienestar y crecimiento del mismo. Se sentirán activas frente a la pasividad que pueden llegar a sentir en los primeros momentos, cuando aún el estado del bebé es crítico.

Adquirirá importancia en la posibilidad de poder sostener esta experiencia, la respuesta subjetiva materna en función de su historia previa y estructura psicopatológica. Ciertos antecedentes (mencionados en las investigaciones de Newton, Rousseau, Oiberman), como por ej., abortos espontáneos, muertes fetales, neonatales, experiencias traumáticas infantiles, podrán re-significar este parto prematuro y transformarse en factores de riesgo, que crearán incertidumbre acerca de la posibilidad de superación de estos primeros momentos vividos.

Se recordarán las palabras de la madre de M. relacionadas con eventos traumáticos pasados: *“Tengo una historia previa, el haber perdido dos bebés...Es una recreación del primer caso; a mí me asustan las semejanzas, no las diferencias...”*

La separación que se produce ante el nacimiento prematuro, es una separación singular de un objeto interno, objeto psíquico que, al producirse súbitamente, trastorna, conmociona, provoca dolor psíquico y obliga a reconstruirse, a partir de la historia individual.

Es importante señalar que las defensas y posibilidad de reorganización psíquica ante lo traumático serán singulares para cada madre, y el trabajo como psicólogos consiste precisamente en ayudar a que la vivencia de lo traumático se dé a nivel de “una situación como...”, ayudando a la elaboración y organización psicológica posterior, y no a un “enquistamiento” de la misma.

3.5 El recién nacido prematuro: Lo propio como diferente

Según Gutton (1983), el nacimiento de un hijo es “un acontecimiento” en el cual se daría un encuentro entre fantasma y realidad, entre objeto interno (bebé en gestación), y externo (recién nacido). El parto tendría significado de encuentro, ya que la madre “gana afuera” lo que ha “perdido adentro”. Se puede decir que el cuerpo biológico del bebé llena una función respecto al deseo materno.

Lebovici (1983), analiza a la luz del estudio de las interacciones tempranas madre-lactante, las diferentes representaciones de hijo que se gestan a lo largo del trabajo psíquico del embarazo. Estas representaciones son: el hijo real, el hijo imaginario y el hijo fantasmático. Las mismas se darían en ambos progenitores. El hijo real es el que los padres tienen en sus brazos, que está sumido en su crítica indefensión.

El hijo imaginario es el fruto del deseo del embarazo, que en algunos casos es programado. Rodeado de un gran valor narcisístico, producto de los ensueños, a los que se denominaría fantasías o fantasmas conscientes o preconscientes. Por ejemplo, la preferencia de un sexo sobre el otro, la elección de un nombre, que constituyen algunas de las maneras de experimentar la llegada del futuro bebé. Este registro del futuro hijo, lo introduce en los mandatos transgeneracionales. Mandatos que cumplen un importante rol en los procesos de parentalización. Es a través del hijo que los padres reencuentran a sus abuelos.

El hijo fantasmático corresponde a una imagen inconsciente que es originada alrededor de los conflictos infantiles de castración, edípicos, y coloreado por las fijaciones pregenitales.

El bebé prematuro, por su inmadurez, no personifica las representaciones de hijo imaginado y fantaseado gestado a lo largo del trabajo psíquico del embarazo por ambos padres.

Es interesante citar aquí lo planteado por el Dr. Martínez, en relación al momento en que se inicia el trabajo de parto. Como

neonatólogo ha acompañado muchas veces a estos padres en la sala de partos, y describiendo ese instante expresa:

“Cuando se inicia el trabajo de parto prematuro, un gran manto de inquietudes comienza a apoderarse de esa madre, de esa familia: ¿podrá superar el nacimiento? ¿tan chiquito podrá adaptarse a vivir fuera del útero? ¿serán sus pulmones útiles para poder respirar? ¿tendrá todo completo? ¿falta todavía para que pueda ser un bebé maduro?. Por todas estas inquietudes, esa madre comienza a desear con todas sus fuerzas que su bebé no nazca. (Qué notable diferencia con cualquier madre que está deseando también con todas sus fuerzas justamente lo opuesto; que su bebé nazca; que nazca ya, para poder encontrarse lo antes posible con él). Así llega a la sala de partos esperando mágicamente que alguien le diga que el trabajo de partos se detuvo. Llega con claras expresiones de temor, de ansiedad que sin duda, comparte con aquellos que la acompañen.

Esta no es sólo “una diferencia” es una “Gran diferencia”. Lo que una mujer normalmente desea cuando está embarazada es que esos últimos meses pasen pronto que ese bebé nazca. Anhela ver su rostro, sus ojitos, contar los dedos de su mano, abrazar a su sueño hecho realidad. La madre de un bebé prematuro está aterrada precisamente porque siente que su sueño va en camino de no hacerse realidad.

Cuando el bebé finalmente nace, la sala de partos no se ilumina de alegría como cuando ha nacido un bebé de término, no se oyen las exclamaciones, las felicitaciones clásicas, todo es más silencioso y pareciera como si la iluminación hubiera sido atenuada, los rostros reflejan ansiedad y una actividad febril se desarrolla en el área de recepción de este bebé.

La necesidad de que su atención sea impecable justifica todo vértigo desarrollado a su alrededor.

La madre lo ve muy rápidamente, de costado, casi totalmente cubierto por compresas y ya el bebé parte hacia la Unidad de Cuidados Intensivos donde, según le han contado va a librar una dura batalla.

Al regresar la madre de la sala de partos con las manos vacías son muchas las fantasías que comienza a edificar su imaginación. Por cierto su imaginación vuela mucho más allá que la realidad y en ella su bebé es mucho más pequeño y tiene muchos más problemas que los que realmente presenta. Se apoderan

de ella grandes temores y una infundada pero increíblemente poderosa sensación de culpa” (Martínez, 1993 p.4).

Una vez que el recién nacido prematuro ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos será instalado dentro de una incubadora, recibirá una serie de cuidados y será adoptado transitoriamente por el equipo de atención.

Su sobrevivida estará sostenida por la existencia de una alta tecnología representada en algunas máquinas como la incubadora, el respirador, el saturómetro, entre otros cuidados muy especiales que serán dados por especialistas.

El Dr. Martínez describe la situación en la sala de partos ante el nacimiento prematuro y su diferencia con el de un recién nacido a término. Este ambiente, este clima, refleja el estado de ánimo de todos los que participan en este hecho.

En los primeros días de vida, dependiendo de la edad gestacional y del estado clínico del recién nacido, la mirada del equipo de cuidado y de los padres gira alrededor de la sobrevivida del bebé. En un nacimiento normal, a término, la mirada de los padres es una mirada cargada de fantasmas, de entusiasmo, de emergencia narcisística.

Kaplán y Mason (1960 citado por Klaus y Kennell 1975), describieron un “duelo anticipado” que sería vivenciado por los padres ante el temor de que el bebé prematuro no sobreviva. Esto daría lugar a un período de suspenso en el que se trata de no pensar en el niño. La mamá de M. transmite sus temores expresados en su ambivalencia a ligarse afectivamente con este bebé. La madre de G. expresa un temor a que la llamen por teléfono del hospital y “el no saber con qué te vas a encontrar”

En el nacimiento pretérmino, y en especial en aquellos de menor tiempo gestacional como por ejemplo menos de 26 semanas de gestación, la mirada es de preocupación y por consecuencia la imagen del bebé imaginado a lo largo del embarazo no se corresponde con la realidad.

Freud en su artículo “Introducción al narcisismo” (1914), plantea el significado psicológico que el hijo tiene para los padres:

“Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. La sobrestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista, ya en el caso de la elección de objeto, gobierna, como

todos saben este vínculo afectivo. Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones (para lo cual un observador desapasionado no descubriría motivo alguno) y a encubrir y olvidar todos sus defectos..... El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. "His Majesty the Baby como una vez nos creíamos...(Freud, 1914, p.87/88)

Las unidades de cuidados intensivos, con la reunión de su tecnología y personal entrenado en situaciones críticas, impone con su dinámica una separación física entre el recién nacido y su familia, que lejos está de lo idealizado y fantaseado con relación al nacimiento de un hijo. La enfermedad del bebé afecta a los padres en un plano narcisista, de acuerdo con lo planteado por Freud (1914), e interfiere en los procesos identificatorios con el mismo.

La inmadurez o enfermedad del recién nacido condiciona esta crítica situación que lleva a lo descrito anteriormente, en el sentido que los cuidados que requiere no pueden ser brindados por sus padres biológicos, e ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La desnudez que presenta este bebé, lejos está de la de los angelitos de las pinturas renacentistas apenas velada por una nube o un tul, o la de los álbumes de fotografías familiares que muestran una desnudez que está sostenida por una infancia idealizada. Como contraste, su imagen será la de un bebé asistido por "tubos, cables", instalado en una Unidad de cuidados Intensivos en la que reina una atmósfera y medio ambiente especial. A esto debe sumarse la presencia de otros bebés con diferentes patologías clínicas en grave estado, las incubadoras, respiradores, monitores y sus especiales sonidos, con varias personas que cuidan a los bebés internados, médicos y enfermeros que constituirán una imagen no solo alejada de lo ideal, sino jamás representada.

Se recordará lo planteado por Freud en "Introducción al narcisismo" (Freud, 1914), con relación a la función reparatoria que deben cumplir los hijos, en el sentido en que deben estar más allá

de los peligros de la vida tales como enfermedades, muerte, etc. Deben cumplir los deseos de sus padres.

A su vez, para su ingreso, los padres deben cumplir con ciertos requisitos, como higienizarse las manos. Lógicamente, esto produce un segundo shock en la mente de los padres.

El padre de G. lo expresaba, al comparar su experiencia con su hijo mayor nacido a término, “...cuando vimos al bebé fue shockeante, le ponen sondas, lo tapan con algo para conservar calor, uno se asusta....”

El Dr. Martínez al respecto relata:

“estos no son momentos de alegría para esa madre; el nacimiento de ese bebé se halla dominado por una sola pregunta: ¿cuán enfermo está el bebé?. No es la misma de la mamá que ha tenido un bebé a término y que sólo pregunta ¿está todo bien? Pero con el convencimiento interior de que sí, que todo está bien” (Martínez, 1993 p.5)

En las reuniones de padres, muchas veces se plantean ciertos interrogantes acerca de si ¿son normales los prematuros? ¿qué es lo que tienen de diferente? ¿qué secuelas pueden tener?, etc. Preocupaciones distantes de las que se plantea un padre de un recién nacido normal. Podemos pensar que lo displacentero, de acuerdo al relato de estos padres, es la ruptura de un espejo. El hijo esperado, idealizado, no existe.

Aquí también es necesario señalar que las disparidades en relación a tiempo de gestación y peso del recién nacido, marcaran ciertas diferencias, sumadas a las propias de los padres, produciendo un estado de incertidumbre total.

G. nació con 25 semanas de gestación y 660 gramos de peso. Fue un bebé deseado, sobre todo por la madre. Ella hace dos años tuvo un aborto espontáneo, a los 3 meses de gestación, y quedó muy dolida por esta experiencia. Para el padre es su segundo hijo, ya tiene un hijo anterior con otra pareja. Converso con ellos al tercer día de haber nacido G., en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por la inmadurez de la bebé, una gran tecnología y cuidados extremos la rodean.

La madre de G. me saluda y me dice que ese día le dan de alta y siente una gran angustia de dejarla aquí, “es tan chiquita, la veo tan indefensa”, “Hola mi amor ¿cómo estas?, aquí está

mamá”. *Observo que se inclina para poder mirar e introduce su mano sin tocarla, la apoya cerca de la mano de G. y roza apenas sus dedos.* Se incorpora y me explica que la enfermera le ha explicado que puede tomarle la manito, que es muy chiquita para acariciarla y abrazarla como ella quisiera. Pero prefiere no molestarla. Me cuenta que tiene una amiga que tuvo un hijo prematuro, y sabe por experiencia de su amiga que tiene que esperar. Dice que es doloroso, pero tiene esperanzas de que todo va a salir bien. Observo que el padre mira para otro lado, no a su hija y que se mueve como queriéndose ir, se lo ve inquieto, molesto. Me dice que quiere hablar conmigo con respecto a las visitas a la Unidad, ya que la madre ahora necesita descansar y no venir tanto, “total otros la cuidan”.

El impacto ante la prematuridad provoca diferentes reacciones, se plantearía en los padres de G., que el deseo de hijo de la madre le permite soportar esta imagen, tan diferente al soñado. La posibilidad de identificarse con su amiga, madre de un prematuro, le permiten tener esperanzas de “que todo va a pasar”.

Converso con los padres de J.F. cuando éste tiene 5 días de vida, al lado de la incubadora. J. F. nació con 26 semanas de gestación y 750 gramos de peso. Es el 4º hijo. Luego de un embarazo patológico, se decide una cesárea, sin dar mucha posibilidad de sobrevivida a este bebé. Los otros 3 hijos nacieron a término.

La madre me dice que está más o menos, muy impactada por J. F. Sus otros hijos nacieron de más de 3 kilos y verlo a J. F. así la pone mal.

El padre dice: “antes me asustaba más, no era que me resultara espantoso, solo me impresionaba, la forma de la cabeza y los ojos, esos ojos. Luego uno se acostumbra a ver tanta tecnología y al revés, se siente tranquilo de que estén las máquinas, uno sabe que si no suenan él está bien.”

La madre cuenta que ella lo vio al otro día. Ella siempre quería una nena.... “Es muy inquieto...” Lo diferencia de sus otros hijos en relación al tamaño y presencia de las máquinas, que la asustan”. Me dice: “no sé si apurarme pero cuando yo me vaya no quiero estar sola,” y mira al bebé....

Siendo una madre creyente, eso la ayuda. Mientras apoya su mano en la incubadora comenta que durante el embarazo debió

realizarse una ecografía y que se asustó mucho por que ella es claustrofóbica... “y ahora esto”, y mira a su bebé.

La reacción de los padres es diferente, así como la historia previa y estructura psicopatológica también lo son.. La madre de J. F. habla de su deseo de una hija mujer, de un bebé de 3 kilos y de su claustrofobia; la mamá de G. de la indefensión de G. y sus necesidades de contacto. El padre de J. F., luego del impacto inicial, se “acostumbra”, el papá de G. quiere “huir”. El apoyo que desde lo espiritual siente la madre de J.F. la sostiene en este momento de dolor.

Ya Soifer (1971) y Videla (1973), plantean que durante el embarazo hay una sobreinvestidura de lo corporal por parte de la futura madre, que la llevará a experimentar ciertos temores y ansiedades, a partir de la vivencia de que “algo pasa en mi cuerpo”. Entre ellos, el temor a tener “un niño deforme” o “anormal” y la ansiedad por verlo.

Brazelton y Cramer (1990), expresan que en relación al futuro padre, también hay un aumento de la ansiedad durante el último trimestre de gestación del hijo, con respecto a la salud del bebé en gestación.

Muchas veces el equipo de salud, neonatólogos y enfermeras, plantean que las madres no visitan a sus hijos durante el primer tiempo. Situación que se modifica a medida que el bebé logra superar su período crítico.

Algunas de estas reacciones de los padres nos recuerda lo planteado por Freud en su artículo “Lo ominoso” (Freud, 1919), que se refiere a la vivencia de lo siniestro. Esta permitiría al Yo protegerse del trauma, a partir del desarrollo de las categorías conocido-desconocido. Posteriormente, el tiempo y el desarrollo del bebé permitirán reconocer al propio hijo como diferente, y no como ajeno.

En este artículo, Freud (1919) plantea que lo siniestro se daría cuando uno se encuentra desconcertado, definiéndolo con la ecuación siniestro-insólito, y que para que esto se dé, deben reunirse ciertas condiciones:

1. un elemento o situación que hasta ese momento era familiar, y en consecuencia conocido y discriminado, se torna ambiguo y por lo tanto, lo familiar ya no es familiar.
2. este cambio se debe dar de manera brusca insólita e inesperada.

Es interesante citar a Bleger (1974), quien dice que para que el Yo pueda sufrir este estado de ambigüedad, se debe conjugar otro factor. Así, un pequeño monto de ambigüedad de un fenómeno familiar puede llegar a producir lo siniestro, en un yo inmaduro, poco integrado, mientras que algo muy ambiguo, aunque aparezca en forma insólita, puede provocar la reacción de extrañeza o de misterio en un yo más maduro o más integrado. En otros casos, un yo también integrado puede dar lugar a una regresión a aspectos más inmaduros.

Por lo tanto, lo siniestro, según Bleger (1974) surgiría cuando lo ambiguo es capaz de movilizar niveles regresivos o no discriminados de la personalidad, que tienden a mantenerse fijos y desconocidos, detrás de un yo más integrado, o cuando el yo es más sensible para iniciar un camino regresivo.

De acuerdo a lo planteado por varios autores en relación a la regresión narcisística que el embarazo supone en la mujer, se podría señalar esta vivencia de lo siniestro como un factor de riesgo en aquellos nacimientos de muy poco tiempo gestacional y peso; ya que se sumarían dos factores:

- a) La falta de reconocimiento del bebé en gestación como un otro, ya que es una parte de su cuerpo; lo cual traería un mayor peligro de desorganización
- b) Esta desorganización se daría en un Yo poco integrado, por las ansiedades que moviliza el parto o cesárea en este momento del embarazo.

En las primeras entrevistas con las madres de recién nacidos prematuros, o en los encuentros al lado de la incubadora del bebé, algunas madres relatan las experiencias con el bebé en gestación “cómo se movía, qué le gustaba” y asocian ciertas posturas dentro de la incubadora o movimientos con los registrados corporalmente con el bebé intraútero. Esto permite realizar una primera impresión diagnóstica: la prematurez no será tan desorganizante para la madre ya que no sólo el bebé es un otro, sino que puede pensar la incubadora como un útero tecnológico, en una cadena de continuidad, donde se aloja el bebé hasta que complete su maduración.

El poder reconocer este hijo como propio, más allá de lo tecnológico, permitirá la elaboración de estas primeras vivencias.

El equipo de atención, y en especial la enfermera a cargo del bebé, facilitarán la puesta en marcha del examen de realidad y

representación del bebé (modelo de “estar con” y representación de “estar con...” como experiencia interactiva) (Stern, 1995), que le permitirán a la madre ir libidinizando el cuerpo de este bebé inmaduro, ayudando a los procesos identificatorios con las necesidades del bebé.

A su vez, una mayor reorganización psíquica luego de los primeros momentos vividos por los padres, y en especial la madre, les permitirán la elaboración de diferentes duelos que se darán a lo largo de la internación del bebé prematuro.

3.6 La problemática de los duelos

El nacimiento prematuro encierra, inevitablemente, un cierto número de duelos que atravesarán los padres.

Entre ellos, se mencionan el duelo anticipado, que ya ha sido descrito por Kaplan y Mason, el duelo por un embarazo a término y nacimiento normal, el duelo por un bebé ideal y el duelo por dejar la Unidad de Cuidados Neonatales, cuando el bebé es dado de alta.

Se podría plantear ¿en qué consiste el trabajo de duelo?. Se ha comentado que el equipo de atención, y en especial el personal de enfermería, ayudarán a los padres en el inicio del examen de realidad, al reconocer quién es este bebé, qué necesita, etc., pero a su vez que el “bebé soñado del embarazo no está”.

Según Freud, en su artículo “Duelo y Melancolía” (1917), el duelo consiste en una reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que la reemplace, por ejemplo, ciertos valores como la patria, etc., o un ideal. No es un estado patológico. A pesar de que puede traer aparejadas ciertas desviaciones de la conducta normal; es esperable que luego de un tiempo, la persona que lo atraviesa lo superará, siendo dañino, y aún inoportuno, perturbar este proceso.

El proceso se inicia ante un examen de realidad que refleja que el objeto amado no existe más, siendo necesario retirar la libido enlazada con el objeto perdido.

“A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen agrado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma. Esa renuencia puede alcanzar tanta intensidad que produzca un

extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseos. Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que ésta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico.” (Freud, 1917, p.242 / 243).

Esta operación de “pieza por pieza” lleva consigo un displacer doliente y una vez cumplido el trabajo de duelo, “el yo se vuelve más libre y desinhibido” (Freud, 1917). Durante este trabajo de duelo, la persona experimenta una inhibición y falta de interés por el mundo externo.

a) “Gastar un nombre”: El duelo anticipado

Se mencionaron los aportes de Kaplán y Mason (1960, citados por Klaus y Kennell, 1975) quienes describieron un “duelo anticipado” ; éste sería vivenciado por los padres ante el temor a que el bebé prematuro no sobreviva. Esto daría lugar a un período de suspenso en el que se trata de no pensar en el niño. Se mencionó anteriormente que la mamá de M. transmite sus temores expresados en su ambivalencia a ligarse afectivamente con este bebé. La madre de G. siente temor a que la llamen por teléfono del hospital y “el no saber con qué te vas a encontrar”. Esto da lugar a varios comportamientos, como el no visitar al bebé o la espera para darle un nombre.

Se describe el relato de unos padres, al mes de haber nacido su hija. Es la primera, luego de un “embarazo deseado pero no planificado” (según sus palabras).

Me comenta que A. nació con 870 gramos. “Rompí bolsa y estuve 4 días en reposo. Parí luego a la gordita, estaba bastante bien, lo peor son los problemas respiratorios e hizo apneas, como 5 en una semana. Ahí nos pusimos locos..., yo esta ba convencidísima de que iba a vivir, él no tanto (refiriéndose al padre).

“...ella apostó a la vida por nosotros y va a vivir. Cuando pensamos en el nombre nos gustó A. Teníamos miedo de gastar un nombre si pasaba algo... Los nombres que me gustaban me daban bronca porque pensaba que no los iba a poder usar. Fue la elección que hicimos en pareja. Es muy duro... la quie-

ro pero no puedo acercarme tanto para no sufrir, es preferible mantener una distancia, que no me comprometa, me va a doler menos. ¡Es mentira!”

El padre dice: “teníamos dos nombres alternativos, yo quería G, T., y la madre A. (...) el ponerle el nombre era apostar a la vida. Con el hecho de inscribirla, yo le pedí que se quedara.”

La madre comenta: “mi hermano decía que no la anote... Al verla le pregunté al médico si viviría... Hay que esperar. Eso no ayuda demasiado, yo quería que arriesgue más que yo...”

En un nacimiento prematuro de un niño de tan bajo peso como A., la muerte posible se viene a superponer sobre el nacimiento, en un espacio/ tiempo, entre la vida y la muerte. A la madre de A. no le conforman las palabras del médico: quería “que arriesgara más”.

Se analizó de qué manera Freud (1917) describe el proceso de duelo como una desinversión, pieza por pieza, a través de la cual la libido es retirada del objeto perdido. En un primer momento, la existencia del objeto permanece en la mente, ante el examen de realidad que otorga la prueba de que éste no existe más. El duelo anticipado constituiría una etapa previa hasta que se produzca la inversión progresiva de este bebé “inmaduro”, su estado clínico mejore y él también comience a dar señales de reconocimiento de los padres como propios.

Así se produce, progresivamente, una “suerte de fascinación” ante estos bebés “tan inmaduros, tan pequeños”. “Ella apostó a la vida por nosotros y va a vivir”, expresa la mamá de A. Fascinación por la fuerza de ciertos bebés. Fascinación por lo tecnológico. El padre de J.F. habla de “las máquinas”, “...luego uno se acostumbra a ver tanta tecnología y se siente tranquilo que estén las máquinas, uno sabe que si no suenan él está bien”.

Si se analizan las palabras de la madre de A., vemos que ella se refiere a su hija como “la gordita”, “...ella apostó a la vida...”.

Freud (1917), habla del placer doliente en referencia al proceso de duelo. Por su parte, Green (1983), en relación al dolor psíquico, describe de qué manera es provocado éste por la pérdida de un objeto y la escotomización y desmentida que surge ante los signos de cambio del objeto. Esto se puede relacionar con ciertos comportamientos que algunos padres pueden manifestar como resistencias a “gastar” un nombre, la no visita a los bebés en los primeros días, el referirse a un recién nacido de 870 gramos “como la gordita”, etc.

Si el bebé es investido narcisísticamente como un hijo ideal, gestado a lo largo de la vida de la madre, y del padre, el cambio de ese bebé por otro, rodeado de tecnología, puede dar lugar a la negación, a la anulación por el cambio del objeto. Y de aquí al “duelo anticipado” descrito por Kaplan y Mason (1960)

Duelo que se mencionó como clásico dentro de la literatura “neonatal”, que describe una situación común de la internación neonatal, pero al que se tratará de comprender psicodinámicamente para poder ayudar a los padres psicológicamente

Green (1983) y Maldavsky (1994) con relación al dolor psíquico, mencionan la desmentida de los signos del cambio de objeto, como intentos del yo para mantener en su interior al mismo.

La realidad del estado clínico del recién nacido que debe ser atendido por personal especializado, y no por los padres biológicos, favorece en los primeros momentos, la reactivación de los temores del embarazo y la emergencia de defensas primitivas (disociación, escisión, negación, entre otras), como forma de tolerar lo traumático.

Se relatará un ejemplo clínico:

Concurro a la habitación de M. al segundo día de nacimiento. Encuentro a la madre hablando por teléfono, junto con la abuela materna. Me dice que espere que enseguida termina de hablar con su amiga.

Me comenta que tiene dos hijas mayores, de parto a término. Dice que este fue un embarazo no buscado y que teme cómo va a quedar la bebé, si se complica y muere. Aún no pensaron un nombre, lo van a elegir las hermanas.

Durante el embarazo estuvo muy estresada, vomitó a lo largo del mismo. Comenzó terapia por miedo al rechazo del bebé, lo cual la hizo sentir mejor, y lo quería tener...

Me pregunta si puede hacer “tareas comunitarias” durante la internación de la beba, por que ella no va a tolerar estar dos meses aproximadamente (según el informe médico) sin hacer nada, esperando. La abuela le dice que no está en condiciones de hacer nada, que entre su casa, las chicas, el viaje y la beba no va a poder. La madre la interrumpe y dirigiéndose a mí me dice: “yo puedo hacer algo de computación, soy ingeniera y puedo ayudar”

La madre de M. quiere “tapar , ocultar” “negar” el problema, “soy ingeniera y quiero ayudar”. Anteriormente había planteado sus temores al estado clínico, secuelas y posible muerte del bebé.

Podemos señalar aquí mecanismos de defensa del orden del clivaje, la desmentida y la desestimación del afecto.

b) Duelo por el fin del embarazo

Las experiencias son múltiples y singulares en referencia a las causas, tanto médicas como psicosociales, que acompañan la precipitación del parto. El embarazo puede ser el resultado de un tratamiento de esterilidad, luego de varios abortos o pérdidas espontáneas, o puede ser un embarazo no deseado, o planificado.

En los relatos de las madres, encontramos una idealización en referencia a situaciones, tanto de embarazo como de nacimiento, que no se ha dado.

Se han mencionado los aportes de M. Videla (1973) en referencia a la imagen que la sociedad de consumo difunde en relación a la maternidad, a través de la publicidad que se transmite, de una imagen de mujer gestante “hermosa y estilizada, rodeada de confort, amor, atención, familias ideales, hijos hermosos, bellos, sanos, ya crecidos” (Videla, 1973), transmitiendo un modelo de familia poco existente, pero a la que aspiraremos por efecto de la penetración del mensaje de la publicidad.

El nacimiento prematuro, lejos está de esa imagen idealizada.

Otra madre relata:

La madre de C., al lado de la incubadora de su hija nacida con 1340 gramos de peso y 33 semanas de gestación, cuenta que a los 8 meses de casados consiguieron una casa que comenzaron a refaccionar y al poco tiempo ella quedó embarazada. Comenzó con contracciones a los pocos meses de embarazo y tenía que cuidarse, “fue todo un problema, no he podido poseerme de esa casa, es como si fuera de la antigua dueña. Me faltó tiempo para arreglarla. Luego nació C. y fue peor...” “Yo pensé que el nacimiento era otra cosa, el tener hijos, otra cosa, que los chicos nacen, uno está unos días en la maternidad, se los lleva a la casa, comen y duermen y listo. Pero me di cuenta que no es así, grave error...” “...es como que me sacaron todo lo mío, me pusieron en otro planeta”.

Si se planteó que el bebé es investido narcisísticamente, como un hijo ideal, gestado a lo largo de la vida de la madre, la interrupción del embarazo acarreará la pérdida de una parte de su cuerpo (el “tamaño abultado de su vientre”) limítrofe entre el bebé en gestación y su cuerpo “...”no tengo el bebé, no tengo la panza...”, es la expresión escuchada por boca de las madres de bebés prematuros.

Pérdida del cuerpo del embarazo. En general las mujeres aprecian ver su cuerpo transformarse a lo largo del embarazo. El vientre puede ser el equivalente a sentirse completa y omnipotente, vivenciando su cuerpo como potente y productivo.

Este deseo de embarazo y de representación cuerpo, se observa en el juego de los niños y en especial de las niñas, procurando simular un embarazo abultando su abdomen con una almohada o haciendo sobresalir su vientre, adquiriendo, con su prominencia, un equivalente fálico inconsciente.

El Dr. Martínez (1993) en referencia a lo que sienten las madres en la terapia intensiva neonatal comenta:

“Un especial sentimiento de culpa las une: todos, consciente o inconscientemente, las miran como culpables. La madre misma lo confirma: ¿qué hice?, ¿qué dejé de hacer?; en nuestra cultura, erróneamente, la madre siempre tiene la culpa de todo lo que le ocurre a su niño.

Su primer estado de ánimo es una negativa sensación de aislamiento, de soledad y de fracaso, difícil de superar, agravada muchas veces por el mecánico y automatizado clima de nuestros hospitales.

Una de nuestras funciones más importantes en estos primeros momentos es decir, repetir una y otra vez “USTED NO ES LA CULPABLE, nada malo pasa en su cuerpo”, en fin, luchar para liberarla de esa pesada carga que ella sola se ha impuesto.” (Martínez, 1993 p.21).

La pérdida del objeto investido narcisísticamente dará lugar a la ambivalencia amor / odio, generando sentimientos de culpabilidad por la pérdida, expresados a través de auto reproches. (Freud, 1917). De ahí lo planteado por el Dr. Martínez (1993) en relación al significado de “lo que le ocurre al niño es producido por su madre”. No solo es determinado por la cultura sino por el significado psíquico que tiene el bebé para la mente de la madre.

Se analizó de qué manera el embarazo es definido por varios autores como una etapa vital en la que se da en la mujer embarazada una regresión y la emergencia de sentimientos de ambivalencia. La interrupción de la gestación puede dar lugar a la emergencia de estos sentimientos, expresados como culpa, rabia y cólera, pero también amor y fascinación ante la indefensión de estos bebés tan pequeños.

En una entrevista la madre de S, madre de tres prematuros, actualmente de 7 y 4 años de edad, y de S., que ha nacido con 32 semanas de gestación y 890 gramos de peso, expresa "...la culpa no te la saca nadie y siempre te queda..."

Al ver a las madres en la sala de espera, o en las Unidades de Internación, uno se puede interrogar acerca de la depresión postparto que acompaña el nacimiento de un hijo. Depresión marcada desde lo biológico y lo psicológico.

En general, su falta se podría pensar por el hecho de que la atención gira alrededor del bebé, y sus riesgos. Sin embargo, llama la atención la relación que algunas enfermeras tienen con las madres, en la medida en que éstas también crean una unidad de contención para la madre, que podría ser el equivalente psíquico de una incubadora, ayudando a las madres en este período de transición en el maternaje, o en la organización de la constelación maternal planteada por Stern (1995).

Paulatinamente, y en parte ayudada por su entorno familiar y por el equipo de atención del niño, la madre superará estos sentimientos de "falta", el duelo por el vientre vacío, en la medida en que pueda sentir a su bebé más cerca y más real, experiencias favorecidas por los primeros contactos piel a piel con su hijo.

c) Duelo por un nacimiento normal

La experiencia de alumbramiento estará escindida para la mente de los padres y de todo el grupo familiar. Estos se podrán preguntar ¿cuándo es el comienzo del inicio de la vida de su hijo?. El equipo de atención, durante la internación y los controles posteriores, se referirá a dos "edades": la edad cronológica, tomando la fecha de nacimiento del bebé, y la edad gestacional, tomando como fecha aquélla en la que, supuestamente, tendría que haber nacido el bebé. Esta última será tenida en cuenta para analizar la madurez del niño.

Pero ¿cuál es el comienzo para este bebé?. Se mencionó cómo describe el Dr. Martínez, la experiencia en la sala de partos. Lue-

go, en la habitación, la madre estará sola, rodeada de un silencio y el estado es de preocupación. No aparecen las flores ni los rituales que generalmente acompañan los nacimientos. Las llamadas telefónicas son para preguntar el estado de la madre o del bebé, no son de felicitación o alegría.

El alta del bebé será representado como un segundo nacimiento. Es común que los padres expresen comentarios tales como que les resulta extraño no tener que pedir permiso o consultar para alzar o tocar al bebé. En este momento aparecen las flores, las felicitaciones y los saludos de familiares y amigos.

d) Duelo por un bebé perfecto

Al referir a la investidura narcisística de la que es objeto el recién nacido por parte de sus padres, y a la expresión de Freud, “His Majesty the Baby” (Freud, 1914, p.88), y la imagen que durante los primeros días posteriores al nacimiento representa el recién nacido prematuro para sus padres, es lógico pensar que su imagen está muy alejada de la idealizada a lo largo del embarazo.

Los sobrenombres o las expresiones dadas ante la imagen de este bebé tan inmaduro (“ranita”, etc.) es modificada, en parte, a lo largo de los días, en la medida en que el bebé también mejore su estado clínico y madure. Así, los contactos piel a piel serán más intensos entre mamá-bebé, y el bebé también dará señales más claras acerca de sus estados.

Es común escuchar expresiones de alegría en las madres y padres cuando el estado clínico del bebé se estabiliza y ya la desnudez inicial comienza a cubrirse con las primeras “batitas”. La mamá de I. al ver a su hijo con sus primeras ropas exclama: “*vestido ¡parece un bebé de verdad!. Los monitores y alarmas ya pasan a segundo plano, ahora debo ocuparme de qué ropa tiene y si está sucia o no*”.

Sin embargo, en algunos casos, ciertas complicaciones y patologías neonatales hacen temer acerca del futuro de este niño, en el sentido en que, al alta del mismo, los padres llevarán a un niño con una discapacidad de diverso orden. En estos primeros momentos es poco probable predecir con seguridad las secuelas que pueden traer aparejados ciertos diagnósticos. Lo cual es percibido o planteado por los médicos a cargo del niño.

Un manto de duda cubre el futuro desarrollo de este niño. Y se transforma en un riesgo para la constitución de los vínculos

tempranos entre bebé y padres, por las representaciones del niño como frágil o vulnerable.

e) Duelo por el alta del bebé

Si se toma como promedio los 2 meses que aproximadamente tienen que permanecer estos niños internados hasta completar su maduración (RNMBP), se comprende el duelo que puede significar el alta del bebé para los padres.

Esto es expresado por ellos de diferente manera. La madre de C., luego de dos meses de internación, en las primeras consultas al equipo de seguimiento comenta: *“Al principio extrañé no tener que ir al hospital. Uno se acostumbra es como un trabajo, y los extraña cuando no están...”*.

Otros padres de C. visitan la unidad para saludar al personal al mes del alta de su hija. Entran y saludan con mucho cariño a las enfermeras y médicos. Cuando parten, al rato regresa el padre ya que habían olvidado el bolso donde llevaban la ropa y elementos del bebé. Al verlo me sonrió y le comento: *“!Pensar qué debe haber pensado tantos días cuándo estaría afuera... y ahora que ya lo están vienen y se olvida el bolso de C.! Se sonríe y me contesta: es que uno los extraña, se siente tan contenido aquí”*

Si bien el regreso al hogar con el niño es un acontecimiento soñado por los padres, siempre encierra un momento de angustia para aquellos que pierden esa protección y contención que sentían durante la internación.

Se ha mencionado la especial relación que se establece entre el personal de enfermería a cargo del bebé y la madre, en especial. Relación teñida con la ambivalencia propia de amor y odio.

Anteriormente se hizo referencia a la experiencia de internación del recién nacido prematuro que es adoptado transitoriamente por la Unidad de Cuidados Intensivo, debido a los cuidados especiales que requiere y que no pueden ser dados por sus padres. Se debe señalar que el estado clínico del bebé es el que determina esta separación y especialización, y no que el equipo de atención y la Unidad interfieren en las necesidades de fusionarse de esta mamá y bebé especial, ya que gracias a la existencia de esta especialización y cuidados, estos padres podrán tener más adelante su hijo.

Esto es sentido por los padres, quienes significan al equipo como un sustituto parental, confiando en sus cuidados y tecnología. Manifiestan sentimientos de agradecimiento y, de acuerdo

a lo ejemplificado en el olvido de los padres de C., un apego ligado a la dependencia del equipo de enfermería.

La madre de L. nacida de 32 semanas de gestación y un peso de 1500 gramos comenta: *“Es al revés que en el bebé normal. Viendo todo lo tecnológico, lo único que uno puede hacer es tener paciencia, más no se puede. La medicina puede más que uno. En una primera instancia, en un prematuro, el afecto versus el respirador, es más importante el respirador”*.

Al alta del bebé adquieren otro rol, “son autorizados” para dar los mismos cuidados a sus bebés que anteriormente fueron dados por otros. Se transforman de padres a “tiempo parcial” a padres de “tiempo full-time”. Esta delegación de los cuidados del niño puede dar lugar a sentimientos de inquietud durante los primeros días del bebé en el hogar. Esto se puede reflejar en llamadas telefónicas continuas y visitas a la Unidad. Las mismas pueden tener dos lecturas: por un lado, la reactivación de recuerdos compartidos durante la internación, a lo largo de la cual algunas enfermeras fueron fuente de sostén y figuras de identificación en relación a la crianza del niño tanto para los padres como para las madres.

Por otro lado, el desarrollo adecuado del niño viene a confirmar al personal de atención de estos niños que han realizado “un buen trabajo”

El “aumento de peso” y estado clínico del bebé les permite ir “adquiriendo el lugar” de padres a tiempo completo. Manifiestan más confianza en la crianza del bebé y comienzan a sentir que el bebé les pertenece.

Como se ha señalado, el proceso de duelo es un proceso de desinversión pieza por pieza de un objeto que no está o no existe, proceso que requiere tiempo y espacio psicológico para poder realizarlo. Estos duelos que se han señalado pueden continuar teniendo eficacia desde lo psíquico, en la mente de los padres, e influenciar en las interacciones con el niño.

3.7 El padre

Así como el proceso de la maternidad puede ser influenciado por el nacimiento prematuro, también la paternidad puede ser afectada por el mismo..

En el capítulo anterior se plantearon los recorridos psicológicos del nuevo padre y la significación de la gestación de su hijo.

Así se mencionaron los aportes de Winnicott (1960) y Stern (1995) quienes plantean la función paterna ligada al sostén de la díada madre-bebé, así como los nuevos cambios que se dan en la actualidad y en la sociedad occidental en relación a la figura paterna.

Por otra parte, se hizo referencia a las vivencias del futuro padre ligadas a la capacidad de gestación de la madre, como sentimientos de exclusión y envidia ante la posibilidad de gestar un hijo por parte de la mujer. Así también ciertos temores y preocupaciones sobre la salud del futuro hijo que surgen durante el 3° trimestre del embarazo, momento en el que se produce el nacimiento prematuro

Por lo tanto, las observaciones que se han realizado a la madre son válidas también para el padre, que se verá afectado por angustias y temores.

El padre de M., nacido de 27 semanas de gestación y con un peso de 1040 gramos, comenta frente a la incubadora de su hijo de 10 días de vida, que es músico y cuando estaba en la panza de la mamá le cantaba una canción, si ahora puede hacerlo, ya que viendo lo tecnológico de M. teme por él. Siente que en la panza estaban comunicados y que ahora se ha producido un corte.

El nacimiento prematuro lo ubicará delante de un rol imprevisible, “ver al bebé primero que a la madre, reconocerlo a través del discurso médico”.

Muchas veces debe ocultar frente a la madre su angustia y dolor. Es él quien recibe los primeros informes médicos cuando la sobrevida del bebé es incierta. El también deberá atravesar los duelos mencionados y reinvestir a este bebé inmaduro.

El padre de J. F., nacido de 26 semanas de gestación y un peso de 750 gramos, relata frente a la incubadora de su hijo los momentos vividos cuando se decide el nacimiento del bebé en una cesárea programada.

Recuerda lo dicho por el obstetra: “Usted sabe que esto no puede tener un final feliz”, refiriéndose a los peligros que podía traer el nacimiento para el bebé y la continuación del embarazo para la vida de la mamá. “Tenía que hacerme cargo de los datos médicos terribles, y no decir nada. Como tuve una depresión grave por estrés laboral, ahora me sé cuidar. Tengo fe,

luchó contra los sentimientos negativos. Y así pude sobrellevar los momentos que me tocó vivir”

En este ejemplo, se observa cómo lo espiritual ayuda a los procesos de reorganización psíquica luego del hecho traumático del nacimiento prematuro.

En nuestra sociedad, ciertas condiciones socioculturales desempeñan una función especial en lo que se refiere a la expresión de las emociones. Así se encuentran padres que intentan controlar los aspectos técnicos de la maquinaria que rodea al bebé en sus primeros días, en un intento de control de la situación que se vería reflejado en un intento de dominar las propias emociones y afectos.

Por otro lado, de manera diferente otros padres pueden llorar y manifestar lo que sienten.

El padre de J. M. nacido de 30 semanas de gestación y con un peso de 1340g expresa en la reunión de padres de bebés prematuros “yo soy muy sensible y lloro por nada”. Al decir estas palabras baja la cabeza como si quisiera ocultar lo que acaba de decir.

El padre de O., una niña de 6 años que nació con un peso de 990g, cuenta su experiencia a otros padres que tienen sus hijos internados en UCIN. Relata que un día que O. estaba muy grave, estaba llevando a sus otras hijas a su casa y en un semáforo comenzó a llorar. Sus otras hijas se acercaron y le preguntaron que le pasaba, él les contó que O. estaba muy grave y por eso lloraba. Al recordar esta experiencia evoca cómo sus hijas se acercaron y trataron de reconfortarlo con palabras cariñosas y aconseja a los otros padres presentes en la reunión y que tenían a sus hijos internados, no ocultar sus emociones, llorar y compartir con otros su dolor.

Brazelton y Cramer (1990) y Videla (1973) coinciden en señalar, con relación a lo experimentado por el futuro padre durante el 3º trimestre del embarazo, un mayor nivel de ansiedad y temores acerca de la salud de su hijo. Este es el momento en que se produce el nacimiento prematuro. Por ello, la estabilidad clínica del niño le da seguridad al padre, permitiéndole superar sus miedos y temores. Sin embargo, las fantasías que fueron vividas durante los últimos meses de embarazo, pueden adquirir realidad, estigmatizando al niño en el lugar de frágil.

Se ha descrito anteriormente que el sentimiento de paternidad, igual que la maternidad, necesita tiempo para desarrollarse. Esta última estaría ligada a un proceso con raíces biológicas y la paternidad, en cambio, a procesos de pensamiento. Esto llevaría a diferentes tipos de contacto entre padres e hijos.

De acuerdo a la investigación desarrollada por la Dra. Oiberman (1999), los padres parecen tener una actitud de acercamiento al recién nacido regular, no intensa, predominando la actividad visual y a partir de ésta, desarrollan las demás conductas de proximidad, más ligadas al contacto piel a piel, o sea sostenerlo, hablarle, etc.

Estas modalidades interactivas también se ven reflejadas en los primeros acercamientos papá-bebé prematuro. Es frecuente que el padre sienta temor a alzarlo, como si se tratara de un niño muy frágil.

A su vez, en la citada investigación, (Oiberman, 1999) refiere que un grupo de padres no vivió la etapa del embarazo como un período de anticipación y preparación de su paternidad. Sólo ante el nacimiento y la presencia del niño pudieron sentirse “como tal” (Oiberman, 1999 p.104).

Por otro lado, se señala la actitud contraria, o sea la de aquellos padres que se comprometen como agentes activos emocionales en el cuidado y crianza del niño.

Muchas veces el modelo cultural que el personal de salud de las unidades de internación neonatal tienen en relación al rol del padre puede interferir en los intentos de los padres de acercarse a su hijo, no facilitan los contactos piel a piel entre padre/bebé y dan una importancia especial a la figura de la madre, haciéndola participar en diferentes cuidados que realizan con el niño, como cambio de pañales, baño, etc.

Se relata la experiencia del padre de Juan M.:

En la reunión de padres de prematuros relata que las enfermeras no le permiten cambiarle los pañales a su hijo. Juan M., ya que se encuentra en terapia intermedia. Él lo ha hecho junto a la madre. “Pero -continúa expresando- cuando estoy solo con Juan M. las enfermeras me lo sacan”. Cuando estaban en terapia intensiva, él debía pedirselos para alzarlo, ya que había algunas enfermeras que no se lo daban.

Estos sentimientos son corroborados en una reunión con el grupo de enfermería, en la que varias de ellas discuten en “poner-

lo o no al bebé sobre el pecho peludo de los padres”. Una de ellas dice “yo sólo se lo doy a la madre, el padre que mire”.

En relación a las diferentes modalidades de sostenimiento del bebé por parte de la madre y el padre, referidas por Oiberman (1999, pag. 59), se observó que los padres de bebés prematuros prefieren sostener al niño en su antebrazo, y mirar y tocar con caricias al niño durante el período que permanecen en terapia intensiva. En la medida en que el bebé evolucione clínicamente, por ejemplo en la terapia intermedia, los padres pueden sostener a su hijo frente suyo, y más en contacto proximal, como se explicó anteriormente.

Observación del padre de M. de 32 semanas de gestación:

La enfermera le pide al padre que se siente, que le alcanzará a su hija y le da indicaciones acerca de cómo colocarse la piel de cordero para que M. no pierda temperatura. El padre se sienta y la sostiene entre sus antebrazos, y apoyada sobre sus rodillas, no sobre su pecho. Le habla y M. frunce su ceño, intenta abrir sus ojos pero no lo logra. “Hola M., papi te vino a visitar, ¿no quieres despertarte? Yo te voy a dar la leche que dejó tu mamá”. La enfermera le acerca la jeringa para darle la alimentación que toma con cierta inseguridad con sus manos, uno tiene la sensación que está en una postura incómoda, no sabe cómo poder sostener jeringa e hija. Me acerco y le dije si quiere que le ayude. Le sostengo la jeringa, acomoda su hija sobre la piel de cordero y la sostiene más cercana a su pecho. Me hace un gesto para que le acerque la jeringa y se la doy. Observo que sostiene con más firmeza a M. sobre su pecho y le continúa hablando.

El padre necesita que lo sostengan para poder sostener a su hija. La enfermera presupone que esto puede darse fácilmente y no facilita estos encuentros, dejando al padre solo.

Juan M. se encuentra en cuna. Su padre lo alza y lo sostiene sobre sus rodillas. Enfrentados cara a cara le habla e intenta atraer su atención. Juan M. abre los ojos y realiza fijaciones al rostro de su padre que cambia el tono de su voz al dirigirse a su hijo. Comienza a mover su cabeza el padre con la intención de que Juan M. lo siga con la mirada. El bebé responde con seguimientos horizontales y el padre al ver la respuesta de su hijo lo besa en el cuello y le dice “¡qué bien Juanpi!”

Esta observación coincide con lo planteado por Parke, (1981 citado por Oiberman, 1999), en relación a la influencia positiva del padre sobre la estimulación del niño, ya que éstos facilitarían más la exploración del medio ambiente por parte de los hijos, mientras que las madres facilitan más un contacto piel a piel y proximal.

El nacimiento antes de término, de acuerdo a lo desarrollado, encuentra entonces a los padres aún no preparados para el ejercicio de la paternidad.

Esto trae aparejada una inseguridad en ambos padres en lo que se refiere a los primeros acercamientos al bebé. Requiriendo de otro que establezca un enlace entre el cuerpo de bebé y el repertorio de sus diferentes modalidades de comunicación con su hijo.

El niño prematuro “ofrece” a sus padres la posibilidad de conocerse antes de tiempo y acompañar su proceso de maduración fuera del útero.

Su tiempo gestacional y estado clínico le permiten desarrollar un cierto repertorio de comportamientos que los padres irán conociendo, adaptando sus interacciones a las capacidades de comunicación del niño. Produciéndose un intercambio entre padres y bebés “apuraditos” (expresión del padre de Nuria, prematura de 26 semanas de gestación). De tal manera es importante conocer los signos corporales y capacidades comunicacionales de éstos, para poder brindarles las estimulaciones adecuadas a su estado y edad gestacional

3.8 Bibliografía

- BLEGER (1974) “Simbiosis y ambigüedad”, en *Revista de Psicoanálisis APA* Vol 31 N°1 y 2: 57-59.
- BRAZELTON, B. Y CRAMER, B (1990) “El embarazo: el nacimiento del vínculo”, en: *La relación más temprana*. Paidós España 1993; 23-76.
- FREUD, S. (1917) “Duelo y melancolía”, en *Obras completas* tomo XIV Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979
- (1914) “Introducción al narcisismo” O.C. tomo XIV A
- (1919) “Lo Ominoso”. O.C. tomo XVII AE
- (1920) “Más allá del principio de placer.” O.C. Tomo XVIII AE
- (1926) “Inhibición, síntoma y angustia” O.C. Tomo XX AE

- (1893) “Estudios sobre la histeria” O.C.Tomo III A.E.
- Green, A. (1983) “El dolor psíquico”, en: *Narcisismo de vida Narcisismo de Muerte*. Amorrortu editores, Bs As, 1986; 114-145.
- GUTTON (1983) “1º parte. El cuerpo libidinal”, en *El bebé del psicoanalista*. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1987; 21-54.
- NEWTON, R. Y HUNT, L. P.(1984): Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birt weight. *British Medical Journal* . Volumen 288/april.:1191-4.
- KLAUS, M. Y KENNEL, J. (1975), “Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo”, en: *La relación madre-hijo*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983; 100-103.
- LEBOVICI, S. (1983) 1- “Sobre el concepto de interacción en psicología y psicopatología”, en: *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.
- MARTINEZ , J. C. (1993) “Los primeros días en la unidad de terapia intensiva”, en *El bebé prematuro y sus padres: medicina y amor*. Lidium, Buenos Aires; 4- 20.
- MALDAVSKY D. (1994), “Neurosis traumáticas: un enfoque teórico”, en: *Pesadillas en vigilia sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Amorrortu editores, Buenos Aires
- OIBERMAN, A.; FISZELEW, R.; VEGA ,E.; DI BIASI, S.; MERCADO, A.; GALÍNDEZ, E.; KUFA, P. Y PAVILINUSICH, G.(1998): *Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato*. Beca Ubacyt (1995-1997). Trabajo presentado en IV Jornadas de Investigación en Psicología Secretaría de Investigaciones. Instituto de Investigaciones Facultad de Psicología UBA.
- OIBERMAN, A. (1999), *Padre-bebé- Inicio de una relación*. Editorial Universidad de La Plata.
- PAPIERNIK, E (1983): Prévention de la prématuré. *Un enfant prématurément. Les cahiers du nouveauné*. Editions Stock-Paris; nº6 : 25-30.
- ROUSSEAU, P. (1994): Point de vue:¿quelles sont les véritables grossesses à risque ?

Capítulo IV

El lenguaje corporal del bebé prematuro: pensar al bebé

4.1 La construcción del cuerpo

La vida psíquica del bebé, en gestación, depende de como sus padres fantasean y piensen en él y como decodifican e interpretan sus movimientos. La pared abdominal materna será para ellos una membrana de comunicación a través de las caricias de sus padres y las voces del entorno. Al nacer, deja el “continente intrauterino psíquico” para transformarse en un ser visible, real y a partir de ese momento continuará siendo contenido psíquicamente por sus padres.

A su vez el recién nacido pondrá su cuerpo biológico en acción como partícipe de la interacción padres-bebé y despertará proyecciones diferentes en la mente de ambos. En consecuencia el inicio de su vida psíquica estará ligado a sus señales corporales y necesidades que interpretarán los adultos que lo cuidan.

M. Mahler (1975) plantea en su libro “El nacimiento psicológico del infante”, que el nacimiento biológico es un acontecimiento observable, dado en un momento determinado, mientras que el nacimiento psicológico es un proceso intra-psíquico, que se dará a lo largo del tiempo y a través de un proceso de separación e individuación del niño.

Spitz (1965) analiza como se dan los procesos de comunicación entre la madre y el recién nacido y plantea que la sola presencia de la madre actúa como estímulo y genera respuestas en el bebé y a su vez la existencia y presencia del bebé promueve una

respuesta en la madre, generándose un sistema transaccional entre ambos.

La comunicación en los primeros meses de vida entre la madre y el bebé es desigualdad. Los mensajes emitidos por el hijo pequeño son signos corporales, y estos son interpretados por la madre quién los verbaliza y transforma en señales. Las señales y signos según este autor se darían a nivel de recepción cenestésica o sea a nivel de categorías como equilibrio, tensión, postura, temperatura, vibraciones, contactos, ritmo, tiempo, duración y gama tonal y que se relacionan con “la empatía cenestésica” (Spitz 1965) y “la preocupación materna primaria” (Winnicott, 1956).

Los cuidados conscientes maternos no son los que más fácilmente percibe el bebé sino aquellos que se refieren al estado afectivo de la madre y que se expresan como variaciones en el tono, expresión de la voz, etc.

Así si la madre, por ejemplo, reprime ciertos afectos puede generar ciertos cambios en el ritmo o tono en sus contactos con el cuerpo del hijo que son percibidos por este. Por lo tanto se puede decir que el bebé está en contacto directo con el clima afectivo de la madre o sea su inconsciente.

La madre transmite a su hijo estímulos e informaciones que son percibidos por el bebé en el dominio en el cuál él está capacitado para recibirlos (signos corporales: temperatura, tono de la voz, etc.), produciéndose un contacto directo entre inconsciente materno y cuerpo del bebé.

Freud (1915) plantea que el Yo es ante todo un Yo corporal y que este se irá construyendo a través de diferentes tiempos lógicos y definirá un primer Yo primitivo: “Yo real inicial”, que desde sus funciones intentará distinguir los estímulos exógenos de los cuales se puede fugar (acción muscular) y que son registrados en la periferia exterior y los estímulos endógenos que tienen un carácter de perentoriedad y constancia, de los cuales no se puede librar. Permitiendo a través de esta diferenciación una primera orientación en el mundo sobre la base de la fuga de un estímulo externo, pero esto no sucede con lo interno; y agrega este autor que para ser satisfechos los estímulos internos, estos requieren la asistencia de un objeto exterior que efectúe una acción específica permitiendo así experimentar algún tipo de reacción e impidiendo que la necesidad adquiera un carácter desbordante, doloroso y desencadene un mecanismo reflejo en un intento de fuga a modo de descarga.

Freud además aclara que la asistencia en la situación descrita se da por una función maternante (de cuidado) que cancela la necesidad y permite la emergencia del placer.

El yo real inicial estaría regido por el principio de constancia, cuya función sería la de lograr un estado de homeostasis, que puede ser llamado “bienestar de base”. De esta forma se constituye un ritmo somático, homeostático, que determina estados de tensión y reducción de cantidad de estímulos es decir que la tensión-alivio, permite a este yo primitivo regular cantidades todavía no cualificadas, ligadas a la primacía de lo económico.

Esto determinaría que el bebé en sus primeros meses de vida tiene que ir discriminando los ritmos cardíacos, de los respiratorios, de los alimenticios, armonizando estos ritmos internos a través del aprendizaje de las reglas biológicas.

Así surgiría una cualificación de ritmos que permitirán el pasaje de un principio económico a un principio de placer, marcado por el polo placer-displacer, y la organización de un Yo placer (Maldavsky, 1998)

De acuerdo con los desarrollos de experiencias en relación al Yo que cita el autor arriba mencionado, se daría la necesidad de una función materna para la organización de lo psicológico, que actuaría como membrana protectora, tamiz o para golpes sobre la base de la mencionada “empatía cenestésica”. Esta consiste en una identificación desde lo corporal en este caso de la persona que ejecute la función materna, a partir del reconocimiento en sí mismo de sensaciones o estados afectivos de su propio cuerpo y las percepciones de las señales que emite el bebé en su capacidad de comunicación (Spitz, 1965).

4.2 La comprensión del comportamiento neonatal

Estos dos procesos que se darían en la empatía cenestésica (registro de sus propias sensaciones y captación de señales del bebé) le permiten inferir a la madre (o cuidadores), los estados del mismo y tender a solucionarlos.

El bebé posee desde el inicio un repertorio de señales de comunicación, que se dan a nivel de canales sensoriales u organización de los estados. Esta concepción del bebé como participante activo en el proceso de interacción, con su entorno es el fruto de nuevas investigaciones realizadas en la actualidad, en el

campo de la observación experimental con niños pequeños, modificando la imagen de estos “cómo tabla rasas”.

Los conocimientos que el psicoanálisis ha aportado de los niños muy pequeños, se ha basado en general en un modelo retrospectivo que se recrea a partir del relato de los pacientes (Stern, 1985).

Quizás estas lagunas de algunos psicoanalistas, se deban a los instrumentos de conocimientos que poseen acerca del bebé. ¿Qué significa esto? Desprovistos de herramientas técnicas como el lenguaje y el juego, medios no adecuados para comprender al niño en sus primeras etapas de la vida, el psicoanálisis se ve en consecuencia obligado a recurrir a otra forma de comunicación no-verbales para comprender al bebé y sus vínculos con su entorno.

Al respecto Stern en su libro “El mundo interpersonal del bebé” (1985), plantea dos enfoques para poder comprender qué ocurre en la infancia. Así nos habla del infante clínico y del infante observado.

El infante clínico, es el recreado y constituido a partir de los recuerdos, reactualizaciones presentes en la transferencia e interpretación del psicoanalista, es el que se construye a partir de las teorías sobre la experiencia del infante.

El infante observado es una descripción de las aptitudes y conductas que de él surgen. Estas observaciones poco dicen de las cualidades sentidas.

El infante clínico nos permitirá que los sucesos del infante observado se transformen en fenómenos psíquicos, les otorgue vida subjetiva a los mismos.

Stern (1985) señala la importancia de ambos enfoques y de la integración entre ambos, permitiendo obtener algunas inferencias sobre la vida psíquica del infante a partir de observaciones, que permitirían sumar nuevos datos que enriquecerían a la teoría y a la clínica. Se puede conocer de esta manera la evolución psicológica del ser humano que pasaría de ser “todo sensorial”, ligado a un funcionamiento corporal a un estado más complejo de vida psicológica.

4.3 El lenguaje corporal del bebé internado en UCIN

¿Pero qué ocurre con el recién nacido hospitalizado?. La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

(UCIN) le impone a este un nuevo ambiente de vida y un mundo interaccional particular diferente al intrauterino.

El ambiente de la UCIN se define por su espacio físico, sus estimulaciones sensoriales, sus ritmos, su tecnología y personal de atención y está alejado del ambiente acuático y la semi-oscuridad en el que se desarrolló en los últimos meses de gestación, en los que la placenta como membrana de protección cumplía una función de paragolpes.

En este nuevo ambiente de la UCIN el recién nacido puede experimentar las sensaciones ligadas a cambios corporales, como pérdida de contacto con la enfermera que realiza las diferentes maniobras de cuidado que requiera el bebé, dando lugar a que el niño viva un clima perceptivo-sensorial, particular y diferente, alejado del medio estable intrauterino.

Para comprender lo que experimenta este bebé, se debe observar su comportamiento y su lenguaje corporal. Así se planteará qué ocurre cuando pasa de lo intrauterino a un mundo hospitalizado; es decir de un mundo protegido de agresiones exteriores a un mundo donde éstas predominan.

En el útero reina la oscuridad, se producen ciertas condiciones sonoras particulares donde el ritmo de fondo es el latido cardíaco materno y hay una temperatura constante, así el espacio vital está limitado por una pared muscular y un medio acuático, los ritmos se amoldan a los ritmos maternos.

En neonatología el bebé se encuentra en una incubadora en donde no se sienten los límites, expuesto a una luz poco modulada, a un ambiente sonoro permanentemente poco variable y expuesto a cuidados y exámenes médicos muchas veces dolorosos.

Esta situación lo expone a estar privado de la alternancia de las sensaciones de hambre, de saciedad, de la succión y de múltiples estimulaciones ligadas al gusto de la leche, su temperatura, etc., no experimentando así experiencias de degustación. Está expuesto frecuentemente a numerosas sensaciones sensoriales como a una hiper o hipo estimulación que interfiere en sus capacidades integrativas y en el logro de un equilibrio homeostático, función que persigue un Yo real inicial (Freud, 1915).

La asociación de una pobreza de estimulaciones recibidas, junto a estimulaciones dolorosas en las mismas zonas es susceptible de constituir una experiencia sensorial desviada.

En los capítulos anteriores se menciona la problemática de la prematuridad para la mente de los padres; se hizo mención también al concepto de trauma y de duelo de los padres y para el bebé

prematureo, según lo planteado por Duron su nacimiento puede constituirse también en un trauma, por su inmadurez biológica (1997).

En consecuencia para comprender qué influencia tienen la inmadurez somática y el medio ambiente, sobre la emergencia de la vida psicológica y los modos de organización precoz del recién nacido prematuro, debemos dirigir nuestra mirada hacia dos ejes:

- Comprender el lenguaje corporal del bebé prematuro y sus primeras interacciones con el entorno.
- El futuro desarrollo de los niños que nacieron prematuros

4.4 El bebé prematuro de bajo peso y edad gestacional (RNMBPN)

A partir de las 24/27 semanas posgestación el feto humano puede vivir en un ambiente extraútero. En estas últimas semanas de gestación completará un ritmo respiratorio, cardíaco, digestivo y de temperatura, a través de los intercambios placentarios. Recibirá una serie de estímulos somatoestésicos cutáneos del líquido amniótico y cenestésicos, facilitados por la pared uterina.

Desde lo postural, la bolsa amniótica facilita el mantenimiento de un patrón flexor e inhibe lo extensor.

Los ritmos de sueño-vigilia comienzan a diferenciarse lentamente al compás de los ritmos maternos.

Por lo tanto el nacimiento prematuro, en este período de gestación lo obliga al bebé a enfrentarse a un ambiente totalmente diferente al de sus necesidades y le exige un costo de búsqueda de equilibrio muy elevado.

Teniendo en cuenta el desarrollo del sistema nervioso, durante el último trimestre de gestación se daría en el feto el crecimiento de células gliales, la mielinización, el crecimiento del cerebro, las conexiones dendríticas entre neuronas. El nacer en un período en que el árbol dendrítico se está organizando, determina en parte el comportamiento diferente del recién nacido prematuro en comparación con el recién nacido a término.

Gorski, Davidson, y Brazelton, (1979), han señalado tres estadios diferentes en lo que se refiere a la evolución del comportamiento del neonato prematuro.

Estos son:

1° estadio: Transformación (inturning)

- el neonato tiene generalmente menos de 32 semanas de gestación
- es un período de reorganización fisiológica
- el neonato es fácilmente sobre-estimulado por el ambiente
- el neonato es incapaz de participar en interacciones recíprocas hasta que ha logrado su homeostasis.
- la mayoría de las características de sus conductas de estado (sueño, alerta, etc.) son mecanismos protectores, que le permiten una conservación de calorías

2° estadio: Inicio de la organización del comportamiento

- el neonato tiene aproximadamente 32 a 35 semanas de edad gestacional
- ha superado su estado crítico
- comienza a organizar conductas de interacción con estímulos del ambiente y cuidadores. Puede responder y en ocasiones buscarlos.
- el neonato puede presentar una mínima capacidad de control y mantenimiento de homeostasis fisiológica, respirar, y absorber calorías desde el tracto gastrointestinal para ganar peso.
- el neonato puede superar una agitación (o molestia) cuando no es tocado o consolado activamente. Presenta un umbral de tolerancia a los estímulos, que depende de la singularidad de cada bebé.

3° estadio: estabilidad

- ha pasado las 36 semanas de gestación
- puede llegar a interactuar con los cuidadores ya que es más estable clínicamente
- puede regular sus estados y responder a los cuidadores en específicas y predecibles formas
- puede superar una agitación (o molestia) a través de comportamientos de autoapaciguamiento (succión, mano en la boca, mirar un estímulo visual) y / o estímulos externos (cajita musical, móviles, palmaditas o caricias, ser envuelto en una manta, etc.).

Als (1986) al referirse a la sobrevivida del ser humano expresa su dependencia de la habilidad que tenga para atender e interactuar con los otros, manteniendo una co-regulación entre el organismo y el medio ambiente.

El concepto de co-regulación es central para entender no sólo el neurodesarrollo del niño, sino también el vínculo del bebé con sus padres y con la UCIN. Este concepto está basado en un marco teórico evolucionista de base neurobiológica de la naturaleza social del ser humano.

La citada autora, (Als, 1986) desarrolla estos principios teóricos en la evaluación del neurodesarrollo de los neonatos prematuros y considera diferentes sistemas de organización del comportamiento del bebé, a los cuáles se debe prestar atención para comprender su inmadurez.

Estos sistemas son:

- El *autónomo*, que se refiere a las funciones fisiológicas que hacen a la supervivencia del organismo. Respiración, frecuencia cardíaca, temperatura, funciones digestivas y excretoras
- El *neuromotor*, que hace a la maduración del tono y las posturas.
- El de la *organización de los estados* de conciencia, sueño y vigilia, que van desde un sueño liviano y somnolencia a un estado de sueño profundo, diferenciado de la vigilia
- El *atencional* que permite gradualmente la interacción y receptividad afectiva o sea una respuesta social.

En un recién nacido a término estos sistemas se apoyan y estimulan unos a otros y funcionan suavemente, reflejando un sistema neurológico maduro.

En un bebé prematuro estos generalmente no se desarrollan simultáneamente y se caracterizan a menudo por conductas desorganizadas o signos de estrés. Estas conductas son frecuentemente mecanismos protectores permitiendo al neonato cerrarse o interrumpir una interacción.

El núcleo de estos sistemas es el autónomo sobre el que se asientan el desarrollo de los otros, como el control motor y el de los estados de conciencia a partir de los que se dará la interacción con el medio.

El sistema de atención-interacción representa la cualidad del estado de alerta que puede alcanzar el bebé y que le permite atender e interactuar con las personas y objetos del ambiente. Los padres de recién nacidos prematuros pueden sentirse ansiosos para estimular que su hijo alcance un estado de vigilia y abra los ojos. Sin embargo como se planteó anteriormente esta capacidad depende de la maduración y estabilidad de los subsistemas que lo preceden. Paulatinamente este estado se hace más estable y

diferenciado y facilita la interacción social. Así los padres se verán estimulados por las capacidades interaccionales del bebé ayudando a los procesos de organización interna parental cómo los procesos de duelo anteriormente mencionados.

Por otra parte, la función de los sistemas mencionados tienden a lograr un equilibrio homeostático; roto uno de ellos genera en cadena la desorganización de los otros. Por ejemplo, una sobre-estimulación que no le permita al bebé lograr un equilibrio en sus ciclos de sueño-vigilia, debido a intervenciones invasivas del equipo tratante o unos padres que intentan obtener respuestas de ellos más maduras que las que puede obtenerse para su nivel de gestación, pueden provocar una pérdida del equilibrio del sistema autónomo y dar lugar a episodios de apnea (destres respiratorios).

Según Lester y Tronick (1990), el bebé prematuro de bajo tiempo de gestación tiene dificultades para emitir señales claras que representen sus necesidades y de protegerse de las estimulaciones demasiado invasivas y desequilibradoras.

La observación de signos de estrés y de estabilización por parte del equipo de atención y de los padres, permite brindarle la cantidad de estímulos que lo ayuden a mantener su equilibrio homeostático y favorecer un tipo de sostén adecuado a sus necesidades, para lograr un desarrollo armónico, y permitir la organización de sus ritmos somáticos de tensión-alivio, placer-displacer.

A partir de la 36/37 semanas de edad post-gestacional, el bebé prematuro logra paulatinamente, un estado más integrado de los diferentes sistemas permaneciendo más en alerta, lo que facilita las interacciones con su madre.

Generalmente esto coincide con la derivación a la Unidad de Cuidados Intermedios, en la que la madre puede paulatinamente hacerse cargo del bebé, de su cuidado y de su alimentación. “Las madres técnicas” (enfermeras, se recordará lo planteado en relación a la adopción del niño por el equipo de la UCIN), aquellas que se han ocupado de la estabilidad clínica del niño pasaran a desempeñar un rol más complementario.

A medida que el bebé supera su estado crítico y madura, puede comenzar a integrar y controlar sus estados y comenzará a desarrollar conductas de autorregulación (“self-regulatory”) las que le permiten al niño mantener su estabilidad y protegerse a sí mismo de estímulos estresantes. Algunas de estas conductas incluyen llevarse la mano a la boca, succionar, grasping, cambios posturales. También a través de la regulación de sus estados de

vigilia puede sustraerse de un ambiente agresivo o desarrollar una mayor capacidad de habituación, como representante de los primeros modos de aprendizaje, que le pueden permitir inhibir una respuesta motora o adaptarse a un estímulo sonoro o luminoso invasivo (Als, 1986).

Por otra parte y en forma progresiva se van fortaleciendo las funciones maternas, a través de un contacto más directo entre padres-bebé prematuro, facilitado por una mayor comunicación entre ambos.

Stern (1977) describe al bebé como participante activo de la interacción, como “partenaire” y se pregunta: ¿cuáles son los medios que desarrolla el bebé en función de sus capacidades motoras y perceptivas que le permiten tomar parte en los intercambios sociales?.

El bebé prematuro superada su etapa crítica comienza a desarrollar una comunicación con sus cuidadores, en función de lo que le permita realizar su edad gestacional y estado clínico. Estas señales son difusas y a veces resultan confusas para una persona no habituada al contacto con estos niños. Pero en la medida que madure el bebé, sus señales corporales permitirán una lectura de sus competencias neonatales.

El término competencia hace referencia a la capacidad que tiene el bebé para utilizar sus aptitudes en condiciones favorables, acordes con el medio que lo rodea y estas giran alrededor de diferentes aspectos, como:

- realizar ciertos comportamientos que le permiten alcanzar una homeostasis interna
- emitir mensajes comunicativos en cada momento con relación a su estado de organización- desorganización
- informar sobre sus necesidades así como sobre el nivel de adecuación de las intervenciones externas orientadas a satisfacerlas

A través de sus competencias, el neonato ejerce un control sobre el contexto ambiental integrando las estimulaciones ajustadas y rechazando las que le sobran y que podrían llegar a inundarlo.

Según Stern (1977) la estimulación que el bebé busca activamente es tan importante para el desarrollo del cerebro como lo es el alimento en el desarrollo del organismo.

4.5 Los estados de conducta

Los estados de sueño-vigilia condicionan toda función fisiológica y neuroconductual del neonato (Wolff (1959 y 1966, citados por Gorsky 1991).

Se describen una gradación de comportamientos que van desde un estado de “calma” en un extremo, a un estado de máxima excitación en el otro.

En el neonato normal pueden individualizarse seis estados de organización del comportamiento.

Según Brazelton (1973) estos consistirían en mecanismos de regulación primitiva del neonato que le permite controlar las tensiones endógenas o exógenas, y organizar su vivenciar.

La organización de los mismos dependen de características individuales, necesidades fisiológicas como hambre y ciertos estímulos del ambiente que los provocan, por ejemplo el desplazamiento de un objeto o cambio de posición puede activar el sistema vestibular y permitir el pasaje a un estado 4.

Por su parte el *handling* (tomar al bebé, manipularlo) y *el holding* (sostenerlo) (Winnicott, 1960), adecuado al estado del bebé favorece su organización y permanencia en un determinado estado por ejemplo 4 o 1.

Desde un punto de vista interaccional los estados representan las primeras comunicaciones entre bebé y madre.

A través de sus estados el bebé comunica su disposición a la interacción. Por ejemplo el estado 4 expresa una atención a lo externo, el estado 1 o 2 un repliegue sobre sí mismo.

Por su parte la madre relaciona los estados de su hijo cómo respuesta al tipo de atención que se le brinda. Por ejemplo si pasa al estado 4, luego que le habló, lo alzó le confirma que eso era lo que necesitaba, creando un primer proceso de comunicación a través del feedback entre ambos.

El bebé puede experimentar cuidados diferentes según el tipo de estado en que se encuentre y establece vinculaciones entre estados y tipo de cuidados brindado. Los 6 estados son:

1- Estado de sueño profundo

El niño está completamente relajado, la respiración es regular, los párpados están cerrados, no presenta movimientos oculares, hay ausencia de actividad motriz, los estímulos externos pueden producir sobresaltos con retraso; la supresión de estos últimos

es rápida y el cambio de estado es menor que en otros estados, rostro permanece inmóvil.

2- Estado de sueño ligero

Los párpados están cerrados, hay movimientos oculares rápidos que se suceden por oleadas y que pueden distinguirse con facilidad bajo los párpados. La respiración es irregular y más rápida de tiempo en tiempo. Hay algunos movimientos de los miembros o de todo el cuerpo y movimientos faciales del tipo de las muecas, las sonrisas, el fruncimiento de ceño, y movimientos buco-labiales intermitentes. El tono muscular es más alto, según se advierte con la palpación. Hay respuestas con sobresaltos a los estímulos tanto externos como internos y a menudo con cambio de estado.

3-Estado de somnolencia

Estado intermedio de pasaje a sueño-vigilia. El neonato parece somnoliento independientemente de que los párpados estén abiertos o cerrados; cuándo los párpados están abiertos, los ojos presentan un aspecto vidriosos y no se fijan en objeto alguno, suelen también titilar o permanecer semi-cerrados, con débil actividad motriz, a mitad de camino entre estado 1 y 2. La respiración es casi siempre irregular. Reacciona a los estímulos sensoriales pero con retraso, el niño no procesa la información, no está disponible para la estimulación. Puede confundirse con el estado 5 (también un estado intermedio). Lo que distingue a ambos es que si bien en este estado puede haber vocalizaciones de llanto o quejas, el movimiento que hay en el estado 3 es mínimo en comparación con el estado 5.

4- Alerta pasivo

El neonato tiene los ojos abiertos por completo, brillantes, parece prestar atención a su ambiente e interesarse en lo que le rodea; su actividad motriz está suspendida, la respiración se hace más regular y el rostro permanece inmóvil, sin gesticular.

5- Alerta activo

Hay agitación. El niño mueve vivazmente los brazos y piernas, el tronco y la cabeza, los ojos permanecen abiertos y se mueven, la piel se enrojece intermitentemente en la medida que el neonato se agite y la respiración se hace más irregular. Algunas vocalizaciones breves de queja pueden manifestarse en este es-

tado. Algunos niños pueden cambiar directamente desde estados más bajos (1,2,3) al estado 5.

6- *Llanto*

El lactante llora y grita enérgicamente. Actividad motora difusa. Rostro gesticulante y enrojecido. Ojos cerrados o ligeramente abiertos. En algunos casos se puede observar lágrimas.

El bebé prematuro por su inmadurez presenta diferencias en la organización de sus estados. El sueño, la alerta y los períodos de actividad son difíciles de clasificar. High y Gorsky (1985), plantean que los 6 niveles de estados descriptos se pueden extender a 10 para describir mejor los estados del neonato pretérmino. Estos estados incluyen estados de conducta transitorios y difusos más que bien un estado organizado. Estos estados son fugaces y precursores de los 6 estados descriptos anteriormente

Estado 1

Sueño profundo Ojos cerrados, no movimientos excepto sobresaltos, respiración regular

Transición Algunos rápidos movimientos de ojos y motores

Es una etapa crítica para el bebé en la cuál no debería ser perturbado pues es el tiempo que él aprovecha para reorganizarse y recuperarse de toda la actividad desplegada previamente. En muchas ocasiones es conveniente apagar las luces cercanas al bebé mientras se encuentra en sueño profundo, cubrir la incubadora y no proporcionarle estímulo alguno. Si es posible no molestar al prematuro para efectuar algún procedimiento médico menor, o para alguna actividad afectiva o social como mostrarlo a los familiares ya que este tiempo es necesario para el bebé pues se encuentra en completa calma.

Estado 2

Sueño ligero Rápidos movimientos de ojos, movimientos inquietos motores, respiración irregular

Transición Párpados semi-abiertos, sobresaltos

Es un momento en el cuál no debería perturbarse al prematuro ya que se encuentra en una etapa preparatoria, de ajuste y quizás al cubrirlo y tapar la incubadora lo puede reconducir al sueño profundo o en caso contrario transitar al estado 3. Es importante observar sus intentos de organización.

Estado 3

Somnolencia Estado transitorio, incremento del nivel de actividad

Transición Incremento de agitación, movimientos difusos, emisión de vocalizaciones, quejidos, muecas, los ojos pueden estar abiertos, semicerrados, y pestañar.

Este es un estado en el cuál el bebé puede ser alzado, abrazado, tocado, etc. sin que signifique una amenaza para él. Si ha estado estimulado puede ser un indicador de que muestra signos de fatiga e intenta alcanzar un estado de sueño o por el contrario se siente agitado y se prepara para entrar en el siguiente estado.

Estado 4

Alerta pasivo Los ojos pueden permanecer abiertos por más de 15 segundos. Respiración regular. No presenta movimientos del cuerpo.

Transición Puede tener los ojos abiertos pero con “mirada perdida”, sin poder fijar en algún punto en especial. Los ojos pueden estar abiertos en estado de “hiper-alerta”, en el cuál es incapaz de modular o amortiguar la intensidad del estímulo.

En este estadio el prematuro está despierto pero no necesariamente activo o dispuesto a relacionarse y trata de mantener un equilibrio corporal. Es importante poder graduar las estimulaciones que se le presentan en este estadio.

Estado 5

Alerta activo Ojos abiertos. Mucha actividad espontánea, respiración irregular irritable, activo, episodios de llanto por menos de 15 segundos.

Transición Breve agitación, incremento de actividad motora.

Es un estado de actividad del prematuro, en la cuál se trata de dirigirlo suavemente al estadio anterior dándole seguridad para organizarse.

Estado 6

Llanto Llanto sostenido por más de 15 minutos, cambios de color, aumento de movimientos motores

Transición. El intenso llanto es indicado por muecas y por su expresión, el sonido puede ser muy esforzado, lento o estar ausente.

Es un estadio que se debe evitar e intentar calmarlo, pues origina una pérdida innecesaria de oxígeno. Además es una pérdida de energía por la actividad que despliega y que puede llevarlo a hacerle perder peso o bien a dificultarle ganarlo.

Según Bottos y Gregorelli (1992), diferentes estímulos externos e internos pueden tener efectos sobre los estados de comportamiento del bebé prematuro. Por ejemplo:

- Cuando los bebés de edad gestacional mayor a 29 semanas son sometidos a estimulaciones táctiles presentan mayores estados de alerta
- Cuando estos bebés se mantienen en posición prona presentan mayores períodos de sueño tranquilo (estado 1), y mejora el nivel de saturación con respecto a cuando son colocados en posición supina.
- Cuando son mantenidos en hamacas (Bottos, 1982, citado por Bottos, Gregorelli, 1992), en marsupiales (Als, 1986) o en colchones de agua (Corner, 1975, citado por Bottos, Gregorelli, 1992) es decir cuando se le brindan estimulaciones vestibulares y cenestésicas extras el neonato permanece, en mayores períodos de tiempo en sueño profundo.
- Los bebés que sufren distress respiratorio presentan una disminución del sueño profundo y permanecen mayor tiempo en sueño ligero.

4.6 Funciones sensorio perceptuales

Debido a que los sentidos táctil, visual y auditivo, adquieren significación como vías de comunicación entre el bebé y su entorno, se analizará la evolución y sus características en un recién nacido prematuro.

Los sistemas sensoriales sufren transformaciones rápidas durante el último trimestre de embarazo y las semanas posteriores al parto y los sentidos siguen diferentes grados de desarrollo en la vida postnatal.

Según Gorski (1991) considera difícil la estimación del funcionamiento de un sistema sensorial ya que las estructuras periféricas maduran más rápidamente que las centrales y observa que la diversidad de métodos para determinar el grado de funcionamiento puede dar lugar a discrepancias; sin embargo pareciera haber una secuencia ordenada del desarrollo funcional de los sistemas sen-

soriales del infante humano a partir de lo cutáneo (táctil, vestibular, auditivo y visual).

Así el nivel de maduración se logra a través de la habilidad de responder a los estímulos y los cambios dados en su organización.

a) Sensibilidad táctil

La sensibilidad táctil se inicia antes del nacimiento y se extiende a todo el cuerpo. Según Gorski (1991) las respuestas a la estimulación somestésica son los primeros comportamientos humanos que se desarrollan, lo que prepara al organismo para su organización alrededor del entorno.

La piel tiene una función de protección que permite establecer la diferencia entre lo externo y lo interno. Estos límites garantizan la integridad corporal, la regulación de los intercambios y la unión entre diferentes partes del cuerpo y es la piel la que funciona como una totalidad unificadora.

Gordon y Montgomery (1996) en su artículo “Minimizando las lesiones de piel en el RN de muy bajo peso” plantean que: *“...con el advenimiento de la terapia esteroidea prenatal, tratamiento con surfactante y mejoras en la ventilación con tecnología de alta frecuencia en los tempranos 90’s nuestra UCIN ha experimentado un aumento del índice de sobrevivencia a RN de muy bajo peso < de 1000 g y entre 24 y 27 sem. de gestación...”*

En la admisión estos bebés tenían la piel gelatinosa, fina como papel y transparente. Alrededor de las 12 horas de vida ellos presentaban piel plétórica, caliente y seca, con escaso exudado amarillo. Había áreas de lesión en sitios donde se había colocado los electrodos del ECG”...

Estas descripciones se pueden relacionar con las imágenes referidas por los padres sobre los recién nacidos con muy bajo peso y gestación al nacer y las referencias que suelen hacer en relación a la piel del bebé y cierto temor de acercarse a su hijo por la fragilidad que observan en su piel.

Se ha planteado la función de protección que cumple la piel como órgano sensorial, proporcionando homeostasis termoreguladora y metabólica, protegiéndolo de daños externos e internos. La piel consta de tres capas:

- la epidermis superior es el estrato córneo, formado por keratinocitos

- la capa media es la dermis que le otorga a la piel su sustrato, soporta y protege al cuerpo de daños que pueda recibir
- la porción inferior es la capa de melanina formada por melanocitos.

Es necesario tener en cuenta también la grasa subcutánea que está ubicada en la capa interna formada por el tejido adiposo, que le permite aislamiento y almacena calorías. La piel de un bebé prematuro de 21-24 semanas de gestación es translúcida, arrugada, gelatinosa y de color rosado o rojiza intenso. La grasa subcutánea formada por el tejido adiposo, o sea la capa interna de la piel no aparece hasta haber alcanzado los 26-29 semanas de gestación.

A los 21 o 28 días de vida independientemente del tiempo gestacional con el cuál el bebé nació el estrato córneo madura hasta ser igual al adulto (Gordon y Montgomery, 1996. p.48).

Las características de la piel del bebé prematuro, en especial de aquellos de bajo tiempo gestacional, lo expone a riesgos de sufrir irritaciones, daños y lesiones epidérmicas.

Por otra parte las posiciones en las que debe permanecer el bebé prematuro dentro de la incubadora pueden interferir en las exploraciones táctiles de su cuerpo, como así también el uso de elementos como pequeñas manoplas que pueden ser colocadas en sus manos para impedir accidentales extubaciones, y que inhiben la actividad de mano a la boca.

Diferentes estudios realizados con recién nacidos prematuros, a los cuales se les brindó estimulación táctil y cenestésica extra (masajes táctiles) lograron un aumento de peso, un mayor estado de alerta y actividad motora (Field, 1995).

Autores como Klaus y Kennell (1975) se refieren a la necesidad que tiene el neonato y su madre de establecer un contacto piel a piel. Esta necesidad biológica de contacto estrecho es expresada por comportamientos preprogramados como el de succionar, abrazar, llorar, sonreír y la tendencia “a ir hacia, y a prenderse de”, y se situarían en el origen del comportamiento de apego en el niño (Bowlby, 1980) y en el caso de la madre permitiría el establecimiento del “bonding” (Klaus y Kennell, 1975).

El bonding es definido como una relación específica y privilegiada caracterizada por ciertos comportamientos maternos como tendencia a tocar, acariciar, sostener, cuidar al bebé y la búsqueda de contacto a través de la mirada. Estos se dan en un período sensible de la madre y se vincula con circunstancias bioquímicas como sensoriales, que facilitarían un contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre.

En los recién nacidos prematuros este contacto intensivo y extensivo es interferido por lo tecnológico o por los cuidados especiales que requiera. (Klaus y Kennell 1975).

El ingreso de los padres a las unidades de internación y una mayor participación por parte de estos en sus cuidados ha favorecido un temprano contacto piel a piel entre prematuro y su madre, permitiendo un acercamiento directo entre ambos, brindando estimulación táctil y cenestésica al prematuro, que según estudios realizados referidos al contacto temprano piel a piel entre prematuro y su madre han contribuido a una mayor organización neurológica y estabilidad del sistema autónomo del bebé (Martínez, 1991).

Durante la internación, el recién nacido prematuro recibirá de parte del equipo de cuidado (médicos, enfermeros, etc.), de la unidad de cuidado intensivo diferentes contactos que pueden ser:

- *Contacto humano de protección*: que se da con la intención de proteger al bebé de daños o toques innecesarios. Consistente en contactos suaves, afables y con calidad de cuidado, pudiéndose dar en períodos cortos o prolongados. Su propósito gira alrededor de contener o acomodar al bebé, por ejemplo llevar las piernas o brazos hacia la línea media para evitar que se mueva y se desorganice su comportamiento, o reubicarlo para mejorar el alineamiento del cuerpo.
- *Contacto humano por procedimiento*: consiste en cualquier tipo de contacto manual llevado a cabo en diferentes maniobras terapéuticas, y tiene un propósito determinado ya sea para recolectar información, realizar procedimientos de monitoreo, etc. y este puede ser invasivo o disruptivo para el bebé.

De ahí la importancia de poder orientar a los padres acerca de las posibilidades de contención táctil y cinestésica del bebé, no sólo en función de su edad gestacional y estado clínico, sino en el tipo de contacto a los que ha estado expuesto su hijo, antes de la visita de estos. Unos padres que no respetan las necesidades de contacto de su hijo prematuro pueden transformarse en estímulos avasallantes, que rompen la coraza de protección de estímulos y dan lugar a la emergencia de conductas de estrés o de evitación como rechazo, retiro de piernas o brazos en actitud de huida al contacto, movimientos motores erráticos, etc. dificultando la cualificación de los estímulos y el logro de un estado de

homeorrhesis (homeostasis con cierta dirección) necesario para el pasaje de un Yo real inicial a un Yo placer (Freud, 1915)

Experiencias como las llevadas a cabo en Colombia que dieron lugar al desarrollo de la

técnica de cuidado denominada “Madre Canguro” estimulan los contactos piel a piel y la libidinización del cuerpo del bebé.

En nuestro país se aplica esta técnica de cuidados en el Hospital de la Provincia del Chaco y la misma consiste en que las madres son empleadas como “incubadoras” para su bebé manteniendo a sus hijos sobre su pecho en posición vertical en contacto directo durante las 24 horas del día. Esto facilita el apego y brinda beneficios sobre el estado clínico del niño como niveles de oxígeno en sangre más elevados, mejoría en el sueño, en la lactancia y aumento de peso.

b) El sistema vestibular

Las observaciones anatómicas, las experiencias electrofisiológicas como el análisis de los reflejos vestibulares-oculares, vestibulares-cefálicos y nistagmus muestran que la maduración del aparato vestibular está bastante completa al nacimiento. Esta maduración va a continuar y finalizar en los siguientes meses postnatales.

El sistema vestibular está relacionado con el funcionamiento del equilibrio, brindando informaciones por ejemplo sobre la posición y desplazamiento de nuestro cuerpo.

En los vertebrados las informaciones provenientes de los receptores vestibulares estimulados por los movimientos pasivos o activos de la cabeza, están integrados en el sistema nervioso central y permiten los ajustes posturales (equilibrio), como así también los movimientos compensatorios de los ojos destinados a asegurar la estabilidad de la visión. (Lannou, Caston, 1981, p.301)

Durante el período prenatal, las percepciones vestibulares brindan señales del mundo exterior, establecen los ritmos a través de los movimientos maternos según esta se pare, se levante, camine, duerma, etc. Constituyendo uno de los primeros intercambios entre la madre y el bebé. Luego del nacimiento en el período “sensible” (Klaus y Kennell 1975), los brazos de la madre, el acunarlos, etc. continúan brindando al bebé estimulaciones vestibulares, propioceptivas, cenestésicas, etc. La cuna del bebé o el llevarlo en brazos hasta que logra la marcha independiente les asegura a los niños este tipo de estimulaciones.

Entre las 26-29 semanas de gestación el bebé logra la presentación cefálica, reforzando los estímulos del sistema vestibular (Farber, 1982, citado por Missio, 1992).

Según Lannou, Caston, (1981), el nistagmus vestibular esta presente desde el nacimiento. Esta respuesta está ligada a la edad concepcional, pero depende a su vez de factores individuales de maduración. Por ejemplo niños con retardo de crecimiento o déficit neurológicos pueden mostrar diferencias que pueden ser compensadas por la plasticidad del sistema nervioso central en el curso de la etapa post natal o dar lugar a alguna discapacidad.

Los bebés prematuros no reciben las mismas estimulaciones vestibulares dentro de la incubadora que las que recibe el feto dentro del vientre de la madre, porque permanece en posición horizontal, en posición prona o supina, estimulaciones diferentes a las brindadas por la madre a través de sus movimientos corporales.

De ahí que en algunas unidades de cuidado intensivo se haya comenzado a utilizar colchones de agua especiales para brindar este tipo de estimulaciones (Korner, Kremer, Haffner & Cosper, 1975, 1983, citado por Wily y Wilson, 1995). En un estudio realizado por Corner y asociados, (citados por Wily y Wilson, 1995) estos brindaron estimulación extra a recién nacidos prematuros, a través del uso de colchones de agua con el fin de replicar las estimulaciones que recibe el bebé intra útero y encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el experimental, en este los bebés fueron ubicados en colchones de agua por 7 días y se obtuvo un aumento de peso, menor incidencia de vómitos, mayor estabilidad cardiaca y respiratoria

En general las investigaciones referidas al empleo de colchones de agua y la posibilidad que el prematuro reciba estimulaciones vestibulares y propioceptivas han sido señaladas como muy beneficiosas para el desarrollo del bebé. Favoreciendo una mayor estabilidad de los estados de sueño profundo, organización del sistema motor, disminución de apneas, bradicardias y aumento de peso (Tuck, Monin, 1982, citado por Willy y Wilson, 1995)

c) Sistema auditivo

En el curso del desarrollo intrauterino y el período postnatal inicial, el sistema de la audición comienza a registrar sonidos y a transmitirlos al cerebro en forma de percepciones auditivas. A

medida que van madurando las estructuras y nervios del oído, varía la clase de sonidos que el órgano es capaz de registrar.

Es importante conocer los cambios del sistema auditivo con el fin de proveerle al bebé prematuro hospitalizado el entorno auditivo más apropiado.

La audición es uno de los sentidos más estimulados en el período prenatal. Los sonidos que el bebé en gestación oye provienen de la madre y del exterior.

El sistema auditivo se hace funcional entre las 25 y 27 semanas de gestación, siendo el sonido capaz de penetrar tanto la pared abdominal como el saco amniótico. (Gorski 1991)

Los sonidos de baja frecuencia son los que con más facilidad atraviesan la pared abdominal, en donde se modifica su composición debido a que el medio conductor del sonido es acuático.

Desde un punto de vista funcional el sistema auditivo responde al principio a bajas y medianas frecuencias y a medida que madura la membrana basilar y se producen cambios del sistema central, se desarrolla una mayor sensibilidad a altas frecuencias (Gorski, 1991). Los primeros sonidos disponibles para el bebé en gestación son los sonidos cardíacos y la voz de la madre, como así también sonidos internos proveniente de ésta y del mundo externo. Dicha exposición al sonido durante la gestación puede permitirle al recién nacido reconocer la voz de la madre luego del parto. En los bebés prematuros se observa una modificación de parámetros fisiológicos como alteración del ritmo cardíaco y del nivel de saturación.

Según Bottos, Gregorelli (1992), los estímulos auditivos se organizan en el neonato prematuro alrededor de la 28ª semana gestacional y solo a las 35ª semanas de embarazo pueden equipararse con las del neonato a término.

La estimulación brindada por el entorno auditivo influye en el desarrollo de la percepción auditiva. Las unidades de cuidado intensivo neonatal exponen al sensible prematuro a una serie de sonidos como motores de los sistemas de ventilación de las incubadoras, objetos que se golpean, equipos de limpieza, de terapia respiratoria, etc. Estos sonidos altos de baja frecuencia se irán registrando a lo largo de la membrana basilar del niño prematuro a medida que este madure.

De ahí la importancia de observar ciertas señales de estrés o de evitación que puede manifestar el bebé, ante ruidos que le puedan resultar molestos o impredecibles.

El poder escuchar la voz de los padres claramente por encima de los sonidos de la unidad de cuidados intensivos, puede ser una estimulación beneficiosa.

d) Sistema visual

“La visión es el sentido del que más hablan los padres a propósito de un recién nacido preguntándose que es lo que ve, que es lo que puede ver, que es lo que puede ver de ellos...” “Si el ojo representa la visión, la mirada es muy tempranamente un medio de relación” (Robin 1981, p.52-53)

El sistema visual es el último en comenzar a funcionar durante la gestación y el menos desarrollado en el momento del nacimiento. Por otro lado es el sistema que domina las interacciones con el entorno. Muchos trabajos ponen de manifiesto que el recién nacido percibe y demuestra interés por los objetos que lo rodean, ubicados a una distancia de aproximadamente 20 centímetros, que según Stern (1977) es la distancia a la que se encuentra la cara de la madre durante el amamantamiento, siendo el rostro materno una figura importante en la construcción de su mundo visual.

Tanto las estructuras como las funciones básicas del sistema visual (retina, vía visual, nervios ópticos, etc.) cambian durante los primeros meses de vida.

Greenman (1963, citado por Lebovici, 1983), realizó una serie de pruebas con bebés de 4 días de vida, mostrándoles un aro rojo. Pudo comprobar que el 95% de los bebés suspendían sus movimientos corporales creando un estado de atención visual a través del cual intentaban capturar el estímulo visual. Algunos incluso llegaban a girar la cabeza para ayudar a los movimientos corporales de seguimiento ocular.

Fantz (1963, citado por Lebovici, 1983) demostró que los recién nacidos de 10 horas hacían fijaciones visuales por más tiempo si se les presentaban blancos en que aparecía una forma estructurada (rostro, círculos concéntricos, caracteres de imprenta), o sea que los recién nacidos prefieren estímulos más complejos como figuras en contraste a formas simples o uniformes.

Estos estudios permitieron determinar que el recién nacido explora su ambiente de manera activa y que lo hace en la medida que puede organizar su percepción del ambiente.

De acuerdo a Bottos, Gregorelli (1992), a partir de la 31 semana de gestación el bebé puede mostrar una fijación más o menos

prolongada a estímulos complejos (como los descritos en el estudio de Fantz, 1963).

Cuando se le presenta un estímulo visual se pueden observar cambios a nivel de comportamiento como iluminación de la mirada, suspensión de la succión, aumento de estado de alerta, que pueden interpretarse como signos de atención.

Con el aumento de la edad gestacional puede crecer de manera significativa la posibilidad de seguir un estímulo móvil.

En resumen podemos señalar que el bebé puede aproximadamente:

- focalizar a las 32 semanas de gestación
- realizar seguimientos a las 33 semanas de gestación
- demostrar preferencias visuales a las 34 semanas de gestación

Según Lester y Tronick (1990) demostraron que los bebés prematuros que quedaban atrapados por un estímulo visual, mostraban en los resultados de las evaluaciones del desarrollo a los 18 meses de edad un nivel más bajo. Esto señalaría una dificultad de los niños nacidos prematuros a inhibir y controlar las reacciones de orientación.

La posibilidad de poder percibir y responder a un estímulo sensorial está en relación con la edad gestacional, estado clínico del bebé, naturaleza, tipo y frecuencia de estimulación, como con diferencias individuales. De esta se debe considerar la capacidad de poder inhibir la atención y la orientación a los estímulos como un indicador del nivel de desarrollo neuro-conductual del prematuro.

e) Sistema olfativo y gustativo

La capacidad del recién nacido en el terreno del olfato ha sido objeto de numerosos estudios. Annis (1982, citado por Missio, 1992) emite la hipótesis que los recién nacido tienen una sensibilidad olfativa más desarrollada de la que se presenta más adelante en niños y adultos.

Mac Farlane (1975, citado por Lebovici, 1983) demostró que no solo el recién nacido a los 6 días es capaz de localizar una fuente de alimentación sino que también es capaz de discriminar entre olores maternos y olores homólogos de otras madres. Al parecer el recién nacido reconoce el olor del pecho y según parece el olor del cuello materno. Por su parte la madre reconocería al tercer día de vida de su hijo el olor de éste en forma significativa.

En un sentido general se puede decir que el olfato facilita la búsqueda y apropiación del pecho materno, desempeñando las percepciones olfativas un importante papel en las primeras experiencias del niño.

Es importante interrogarse sobre el papel que cumple el olfato en el neonato prematuro ya que las sondas nasogástricas, saturómetros, respiradores, etc. pueden interferir en las experiencias olfativas.

Sin embargo los contactos tempranos y cercanos madre-bebé prematuro permiten observar leves movimientos de succión y búsqueda del pecho materno al ser colocados sobre la piel de la madre.

En relación a la sensibilidad gustativa, como ocurre con las demás informaciones sensoriales, el estímulo desencadena dos tipos de reacciones siendo la primera de identificación del estímulo y la segunda una reacción de tipo emocional que en este caso puede ser de agrado o desagrado, desencadenando una reacción mímica en función del estímulo presentado.

Desde el punto de vista de las preferencias en cuanto al gusto parece ser, como lo señalan Pomerleau y Malcuit (1983, citado por Missio, 1992) que el organismo tendría una predisposición biológica que lo condiciona a preferir ciertos sabores y en especial el azucarado. La ingesta de azúcar provoca en el recién nacido una disminución en el ritmo de succión y una aceleración del ritmo cardíaco, lo cuál es interpretado como una prueba de la preferencia para el sabor azucarado. La ingesta de azúcar provoca en el recién nacido una disminución en el ritmo de succión y una aceleración del ritmo cardíaco, lo cuál es interpretado como preferencia para el sabor azucarado.

f) La succión

La succión es un reflejo primario que está presente en los recién nacidos a término y comprende patrones de succión y pausas.

Se puede distinguir una succión nutritiva y una succión no nutritiva. La succión nutritiva representa una condición básica para la supervivencia del niño y se distingue en ella un patrón de series de succiones seguidas por una pausa. La succión no nutritiva favorece los estados de sueño, con la consecuente estabilidad del ritmo cardíaco y respiratorio, ayudando a la organización del comportamiento del bebé, y a los procesos de consola-

bilidad del mismo. Esta se caracteriza por una alternancia regular entre succión y pausas.

Según Wolf (1968 citado por Bottos y Gregorelli 1992) la aparición de estos dos tipos de succión dependen de la maduración del control central. La secuencia de succión, deglución y respiración es controlada por el tronco cerebral. Su coordinación no se desarrolla adecuadamente hasta alcanzar las 34 semanas de gestación.

En el bebé prematuro los patrones de succión-deglución pueden estar presentes pero ser inmaduros y no funcionales para lograr la alimentación que necesitan para su crecimiento.

Sus experiencias de alimentación oral pueden verse afectadas por varios factores:

- edad gestacional y peso del niño
- estabilidad fisiológica y estado clínico del bebé
- tono extensor
- reflejos orales incompletos
- succión ineficiente y desorganizada
- oclusión labial inadecuada
- pobre estabilidad de mejillas
- pobre estabilidad mandibular insuficiente como para obtener buena succión
- poca coordinación de succión, deglución y respiración
- irritabilidad

La alimentación oral en los neonatos prematuros es precedida por un período en el que son alimentados con sondas nasogástricas, no pudiendo asociar la sensación de saciedad con la succión.

Esto dificulta las primeras experiencias alimentarias mamá-bebé prematuro y plantea la importancia de brindar estimulaciones no nutritivas tempranas al bebé.

Field y colaboradores (1982, citado por Wyly y Wilson, 1995) ofrecieron a un grupo de prematuros de muy bajo peso al nacer (menos de 1800 gramos), chupetes durante la alimentación por sonda y observaron aumento de peso, menor irritabilidad, menor tiempo de hospitalización y mayor facilidad para iniciar succión nutritiva por parte de los niños. Según Wyly y Wilson (1995) estas experiencias orales facilitarían la secreción gástrica.

La posibilidad de brindar experiencias de succión no nutritivas durante los procedimientos dolorosos permite una mayor organización de la conducta del bebé, evitando alteración de parámetros fisiológicos y reduciendo un gasto de energía.

Desde lo psicológico el estudio del comportamiento de la succión aporta datos que van más allá de la simple satisfacción de necesidad primaria de ser alimentado. La succión constituye uno de los cinco comportamientos que contribuyen al establecimiento del apego (Bowlby, 1980).

La situación de alimentación representa un momento de estrecho contacto e intercambio de mensajes entre la madre y el bebé como ejemplo se puede encontrar una relación entre reacciones tónico-motoras emocionales maternas y fluctuaciones en el establecimiento de ritmos de succión del bebé (Missio, 1992).

Las interacciones corporales adecuadas mamá-bebé en la alimentación permiten una buena adaptación, una alimentación satisfactoria y relajante para el bebé, sin necesidad de reajustes posicionales, y sin provocar movimientos que impliquen una ruptura del contacto boca/pezón.

Las investigaciones realizadas por Lezine (1977) en relación a las desorganizaciones observadas en los ritmos de succión de bebés prematuros, podrían llegar a interferir en las capacidades de comunicación cenestésica entre bebé prematuro y su madre. La inmadurez y desorganización en los ritmos de succión del bebé prematuro traería aparejado como respuesta en la madre un aumento de la ansiedad, que se reflejaría en la calidad del sostén materno.

De esta manera la inmadurez en la tonicidad, ritmo de succión, etc. del bebé prematuro puede dificultar la alimentación del mismo a lo que debemos agregar los propios estados afectivos maternos afectados por encontrarse en una situación como a la que ha sido expuesta por el nacimiento de su hijo antes de lo esperado.

Investigaciones realizadas por Fava Vizziello y colaboradores (1998), determinaron una modalidad de apego inseguro y desorganizado observado en un grupo de 26 niños prematuros que fueron seguidos en un estudio prospectivo.

Según Ainsworth (1978) la sensibilidad materna a las señales del bebé en la situación de alimentación estaría estrechamente ligada con la seguridad o la ansiedad en el comportamiento de apego que se desarrolla posteriormente.

Los procesos de duelo que trae aparejado el nacimiento prematuro pueden llegar a interferir en la capacidad materna de decodificación de las señales y necesidades del hijo como se mencionó anteriormente e influyendo en sus funciones maternas.

Se podría pensar en la influencia en los años futuros de estas primeras experiencias tempranas que deben atravesar los niños recién nacidos prematuros y en especial de aquellos niños nacidos con un peso de menos de 1500 gramos y con menos de 33 semanas de gestación.

Se señaló la inmadurez con la que nace el bebé prematuro y como va completando su desarrollo a lo largo de la internación, a la vez que recibe una serie de estimulaciones que pueden llegar a interferir en sus intentos de logro de una homeostasis y establecimiento de ritmos, constituyentes de lo psíquico. Es importante por lo tanto conocer el nivel de respuestas a los estímulos externos y qué mecanismos utilizan para mantener su equilibrio fisiológico.

El desarrollo del Sistema Nervioso Central no depende solo de mecanismos de crecimiento y maduración, interviniendo en el mismo varios factores de origen biológico o ambientales.

Para lograr un desarrollo adecuado, los estímulos deben estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuados. La estimulación fluctuante, a destiempo o la hiperestimulación son tan nocivas para los sistemas funcionales como la subestimulación (Lester, Tronick, 1990).

Altman y Date (1965, citados por Shapira, Parareda, Coria y Roy, 1994) demostraron que la sobreestimulación daría lugar a la prolongación del período de multiplicación celular, dando lugar a un retardo en la maduración cerebral y una “infantilización” del cerebro por retraso en la aparición definitiva de interneuronas.

Cada recién nacido prematuro presenta a su vez una forma individualizada de responder a los estímulos ambientales y del entorno, que deben ser respetados con el objetivo de favorecer la organización del desarrollo del sistema nervioso central y autónomo.

De esta manera el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos puede llevar a cabo mínimas intervenciones con el objetivo de que el recién nacido prematuro se recupere y desarrolle.

Por otra parte la función materna caracterizada por la necesidad de fusión con el hijo, se ve alterada por la presencia de la tecnología que permite paradójicamente su desarrollo y maduración.

¿Cómo comprender lo que vive este bebé, que está en vías de construirse? ¿Cómo imaginar que esta experiencia no puede llegar a tener impacto en su futuro?.

Según Duron (1997), algunos bebés que permanecen durante varias semanas expuestos a cuidados dolorosos, podrían sufrir en su futuro “retrasos en el desarrollo” ligados a la sumatoria de ciertos “micro-traumas”.

Según esta autora estos acontecimientos traumáticos del inicio de la vida pueden enlazarse con una cierta “memoria corporal”. Sin embargo como ella lo señala, en coincidencia con nuestra postura, todo se desenvuelve bien, en general para estos niños. Adquiriendo singular importancia los vínculos afectivos madre-bebé como constitutivos de lo psíquico.

Se planteó el proceso de comunicación entre madre-bebé en los primeros meses de vida como un proceso ligado a la recepción del bebé a nivel corporal de los estados afectivos maternos.

La internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales puede traer aparejado una serie de experiencias para los padres que pueden influir en el estado emocional de estos y en la comunicación con el bebé. Estas pueden ser transmitidas al hijo a nivel de señales dadas por el cuerpo paterno, como tono de los contactos, ritmo de las manipulaciones, tono de la voz, etc.

4.7 Bibliografía

- AINSWORTH, M. (1978), *Patterns of attachment*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey: 3-23.
- ALS, H. (1986) “Synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of premature infant and his parent in the environment” en *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*. Sweeney J.K. (Editor). The Haworth Press.
- Brazelton, B. (1973) *Neonatal Behavioral Assessment Scale. Clinics in Development Medicine N° 137* – Mac Keith Press 3ra edición Londres 1995; 15-23.
- BOTTOS, M. Y GREGORELLI, L. (1992) “3.2. La asistencia del prematuro”; en: FAVA VIZZIELLO, ZORZI Y BOTTOS (comp.) (1993), *Los hijos de las máquinas*. Nueva Visión, Buenos Aires, 89-117.
- BOWLBY (1980) “El cuidado de los niños”; en: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Biblioteca de psicología profunda. Paidós. Barcelona, 1989; 13-30.
- CAREL, A. (1977) “Le nouveau né à risques et ses parents. Etude psychodynamique”; en KESTEMBERG, E. (director), *Le devenir de la prématurité*, PUF Psychiatrie de l'enfant, Paris; 125-247.
- DURON (1997), “Les soins aux nouveau nés en médecine neo-natale”; en CUPO, D. Y LEOVICI, S. (comp) *Famille à l'hôpital*. La pensée

- sauvage éditions, París.207-303.
- FAVA VIZZIELLO, G. Y CALVO, C. (1998), *Prematurità e psicopatología in eta 'prescolare: fattori olirischio neonatali e affettivo relazionali*. Poster presentado en 2º Congreso Europeo de Psicopatología del niño y adolescente. A.E.P.E.A. Sevilla, España.
- FIELD, T. (1995) *Touch in early development*. Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers. Estados Unidos.
- FREUD, S. (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras completas Tomo XIV Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- GORDON, M. Y MONTGOMERY, R.N. (1996) “Minimizando las lesiones de piel en el R.N. de muy bajo peso .Integración de la investigación y la práctica para mejorar los resultados de los tratamientos en los R.N.” *Neonatal Network*. Editores Medical’s books, Buenos Aires; 45-48.
- GORSKY, P. (1991) *Desarrollo del comportamiento neonatal*. Ponencia en el II Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la Primera infancia y profesiones afines. WAIPAD, Buenos Aires.
- GORSKY, P.; DAVISON, M.P. Y BRAZELTON, T.B. (1979) “Stage of behabioral organization in the high-risk neonate”. *Theoretical and clinical considerations*, Seminario Perinatal 3: 61-72.
- HIGH, D.C. Y GORSKI, P. (1985) “Recording environmental influences on infant development in the intensive care nursery”; en: Gottfried, A.W. y Gaiter, J.L. (Eds.) *Infant Stress Under Intensive. Care* Baltimore University Park Pres; 131-156.
- KLAUS, M. Y KENELL, J. (1975) “Comportamiento materno y paterno en el humano”, en *La relación madre-hijo*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.1983; 78-80
- LANNOU, J. Y CASTON, J. (1981) “Maturation de l’appareil vestibulaire et des fonctions d’équilibration”; en: *Les cahiers du nouveau né n°5 L’aube des sens* Stock. París; 301-333
- LEBOVICI, S. (1983) “El recién nacido: capacidades sensoriales e interaccionales”; en: *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1988; 97-230.
- LESTER, B. Y TRONICK, E. (1990), “Introducción”; en *Estimulación del niño pretérmino: límites de la plasticidad*. Clínicas perinatológicas. Interamericana Mc.Grah-Hill; 5-7.

- LÉZINE, I. (1977) “Le devenir de l’ancien prématuré”, en: KESTEMBERG E. *Le Devenir de la prématurité*. Psychiatrie de l’enfant .PUF París; 72-76.
- MAHLER (1975), “Cap. 1 Enfoque General”; en: *El nacimiento psicológico del infante humano*. Editorial Marymar, Buenos Aires, 1984; 4-8.
- MARTINEZ, J.C. (1993) *El contacto madre-hijo prematuro piel a piel. Un aporte a la moderna asistencia neonatal, ARC ARG PEDIATR* 199; 89 Buenos Aires.
- MISSIO, M. (1992), *Observación de la comunicación entre el recién nacido y su madre*. Tesis doctoral no publicada. Departamento de psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- ROBIN, M. (1981) “Premiers regards, premiers échanges”; en: *Les cahiers du nouveau né n° 5. L’aube des sens*. Stock. París; 53-65.
- SCHAPIRA, I; PARAREDA, V.; CORIA, M. Y ROY, E. (1994) “Propuesta de intervención ambiental y desarrollo de recién nacido de alto riesgo”; en: *Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1994; XIII N°3: 101-109
- SIPTZ (1965), “ El papel de las relaciones entre hijo y madre en el desarrollo del infante”; en: *El primer año de vida del niño*, Fondo de Cultura Económica, México, 1985;106-109.
- STERN, D. (1977), *Mere enfant: les premieres relation*, pp. 38-44, Margaola, Bruxelles.
- STERN, D. (1985), *El mundo interpersonal del infante*, pp. 29-34, Paidós, Psicología Profunda, Barcelona.
- WINNICOTT (1956) Cap. 14 “Preocupación maternal primaria”, en: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Editorial LAIA. Barcelona. 1979; 405-412.
- WINNICOTT (1960) cap. 3 “La teoría de la relación paterno-filial”, en: *El proceso de maduración en el niño*. Editorial Laia. Barcelona 1975; 41- 73.
- WYLY, V. Y WILSON, J (1995) Cap. 2: “Behavior and development of the preterm infant”; en: *Premature Infants and their Families*, Singular Publishing Group Inc., San Diego (Londres); 15- 34.

Capítulo V

Situaciones críticas en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

5.1 Situaciones críticas e interacción padres-bebé

Desde la creación de las Unidades de Cuidado Intensivo varios cambios se han producido. En la actualidad diferentes estudios han influenciado para que las “fronteras de las Unidades” se abrieran, permitiendo el ingreso de los padres como participantes activos en el cuidado de sus hijos. A su vez, los trabajos sobre contacto temprano y tardío (Klaus y Kennell, 1975), entre madres y recién nacido prematuro plantearon la importancia del contacto piel a piel entre mamá-bebé y la existencia de un periodo sensible de la madre luego del alumbramiento que favorecería el apego entre ambos.

En nuestro país, los estudios realizados por el Dr. Martínez (1993) en dos instituciones una pública y otra privada, corrobora los beneficios del contacto madre-hijo prematuro piel a piel.

Por otra parte, las unidades han abierto sus puertas al ingreso no sólo de sus padres, sino de todo su grupo familiar: hermanos y abuelos, facilitando así la integración del niño prematuro a su familia.

Sin embargo, a pesar de estos cambios, la internación del niño implica un hecho de profundo significado psicológico.

El Dr. Martínez (1993) relata así esta vivencia de los padres:

“Para la mayoría de los adultos hablar de Terapia Intensiva significa hablar de un lugar muy especial a donde van los que

están muy enfermos y en donde el temor es la única emoción presente que se alimenta de modo incesante...” (...)“...Tanto para el bebé como para los padres la Terapia es el ejemplo de un lugar donde conviven al mismo tiempo la sobrecarga de estímulos sensoriales y la gran privación emocional. No hay lugares cómodos para sentarse; el tocar al bebé está restringido por la cantidad de catéteres, tubos y cables que se interponen; la mayoría de las cosas son frías, tienen extraños latidos o son de plástico; hay un especial olor “a medicina” y muy poco ambiente humano.

El espacio está muy restringido, la circulación a veces se ve dificultada por el equipo adicional que las Unidades requieren. En aquellas Unidades donde la falta de espacio físico es importante el estrés y la irritabilidad de todo el personal se multiplica, lo cual provoca muchas veces la precoz “retirada” de los padres”. (p.28)

Además del medio ambiente de las Unidades de Terapia, se debe mencionar el hecho de que en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal se encuentran internados bebés con diferentes diagnósticos y pronóstico. Esto trae como consecuencia una serie de experiencias muy dolorosas para los padres ya que si bien su hijo puede no atravesar diferentes situaciones críticas, en la sala de espera compartirán su experiencia y vivencias con otros padres, identificándose con el dolor de los que deben atravesar situaciones extremas, que ponen en peligro la posibilidad de sobrevivida del niño, o los riesgos de una posible secuela física del mismo.

Estas experiencias marcan de alguna forma la historia de estos niños, ya que por su inmadurez deben requerir cuidados especiales y compartir la internación con otros niños nacidos a término pero enfermos. Exige de los padres un esfuerzo mental para comprender las diferencias entre los estados clínicos de unos y otros generando un estado de ansiedad y de estrés paterno durante la internación.

En las entrevistas realizadas por la asistente social en el estudio exploratorio (Rodríguez, Elizondo, Fustiñana, Ruiz, 1994), llevado a cabo con niños en edad escolar, tanto padres como madres recordaban aún algunas de las situaciones atravesadas durante la internación de su hijo y que se referían a muertes de algunos de los niños internados o agravamiento del estado clíni-

co, tanto de su hijo como de algunos de los bebés internados en la Unidad.

Por otro lado, en el seguimiento de los niños nacidos prematuros se observa una “parentalidad compensatoria”. Esta surge de representaciones del niño como vulnerable, y la necesidad de los padres de compensar luego del alta del niño, los sufrimientos que ellos suponen deben significar la internación y los cuidados, en algún caso agresivos (para la mente de los padres), a los que fue sujeto el bebé en la Unidad de cuidados intensivos (UCIN). Esto trae como consecuencia una dificultad en los cambios representacionales del niño, y de ellos como padres, impidiendo una adaptación a las necesidades cambiantes del hijo en función de la edad.

Los efectos de esto pueden dar lugar, por ejemplo, a la no puesta de límites de parte de los padres, o tolerar la falta de respeto a ciertas normas de crianza de los hijos, situación que marca “al hijo prematuro como especial” en la dinámica familiar. Por otra parte, estas experiencias vividas por los padres en la internación del hijo, en especial por la madre, pueden interferir en su “preocupación materna” y “empatía cinestésica” (disponibilidad emocional), interfiriendo en los procesos de comunicación e interacción con el bebé. Así se puede describir una “preocupación médica primaria” fruto de lo vivido en la UCIN por parte de la madre y que sus efectos se pueden reflejar en temores, fantasías maternas y en el cuerpo del bebé, quien percibe a través de la recepción cenestésica ciertas señales que dan cuenta de las preocupaciones maternas.

El bebé puede responder a estos mensajes mediante ciertos signos corporales, tales como alteración del ritmo cardíaco, desorganización del sistema motor, etc., en función de su madurez gestacional y estabilidad clínica.

La experiencia demuestra que durante la internación pueden darse situaciones extremadamente intensas por las tensiones y contenido afectivo que involucran, tanto para los padres y el bebé, como para el equipo asistencial tratante (Fustiñana, Ruiz, 2000)

Algunas de ellas son:

- Diagnóstico y pronóstico incierto acerca del estado clínico del bebé.
- Información de una anomalía, síndrome genético, etc., que puede traer aparejada una futura discapacidad.

- Muerte del bebé

Al respecto se describirán las situaciones planteadas y se relatarán experiencias vividas por padres, bebés y equipo tratante (neonatólogos, personal de enfermería y psicóloga). Estas situaciones serán abordadas teóricamente y se ejemplificarán además diferentes modalidades de integración entre los distintos miembros del equipo de atención, que serán desarrolladas posteriormente en la presentación del Programa de Intervención aplicado sobre recién nacidos de alto riesgo y sus padres.

5.2 Diagnóstico incierto

¿Qué es lo que ocurre en la mente de los padres ante lo que ellos sienten como un diagnóstico clínico incierto, o falta de precisión en el pronóstico?

Las diferencias temporales entre la elaboración de un diagnóstico por parte del equipo médico y la necesidad de respuestas inmediatas sentida por parte de los padres, los puede llevar a estos a sentir “la sensación que el neonatólogo no sabe qué tiene su hijo”.

Así los padres se sienten desprotegidos. Sienten que a su herida narcisística, de pérdida de la ilusión pre-nacimiento, de tener un hijo y situación diferente a la esperada, deben sumar que los saberes que ellos suponen tener, no pueden dar cuenta en esta situación. Se sienten enfrentados a los límites impuestos por otros.

La institución hospitalaria es vista por los padres como un doble idealizado (Freud, 1919) que les permite sostener las situaciones traumáticas y dolorosas que fueron descriptas en ocasión del nacimiento antes de tiempo. Muestran gestos de gratitud hacia el buen trato de los médicos y la función contenedora de algunos enfermeros, alaban las cualidades de centro de investigación y atención especializada de la institución. Actitud que se ve incrementada si se trata de un niño derivado a una unidad por sus características de alta complejidad, transformándose en un lugar seguro para la supervivencia y cuidado del bebé.

A los largos períodos de internación del bebé, debe sumarse, en algunos casos, la derivación a otra institución, como puede ser el traslado a Buenos Aires del niño, produciéndose un corte en la unidad de la familia (por ejemplo, la madre acompaña la internación del niño, permaneciendo sola en Buenos Aires). Esta

situación especial puede acarrear en consecuencia que no sólo la internación del niño sea traumática, sino también el desarraigo de su lugar de origen.

La prolongada internación, más un diagnóstico o pronóstico médico aún incierto, altera el psiquismo de los padres, en relación a la figura de los dobles (Freud, 1919), dando lugar a una transformación que se observa en la “mirada” de ver al equipo de asistencia. En consecuencia, comienzan las quejas por parte de los padres que recaen en especial sobre el personal de enfermería o hacia el control de los estudios que le realizan a su hijo, en un intento de dominar la situación.

Cuando los dobles caen, éstos dejan de ser figuras omnipotentes (médicos, enfermeras, etc.) que protegían de la situación traumática, para transformarse en parte de ella.

¿Qué observamos en la actitud del equipo médico ante una situación como la planteada de falta o elaboración de un diagnóstico, por ejemplo?. Puede surgir un afán terapéutico que lleva a que el bebé no tenga períodos de paz ni de descanso, ya que es interrumpido por un tratamiento o procedimiento de diagnóstico o control de enfermería. Esto puede dar lugar a la aparición de respuestas de estrés y evitación, por parte del niño (respiración irregular, problemas digestivos, etc.) que no pueden ser interpretados por el equipo de atención (Als, 1986).

Se analizará un ejemplo de la situación descripta y se desarrollarán diferentes aspectos ligados al estado afectivo que deben atravesar, tanto la madre como el equipo de atención, señalando las diferentes estrategias llevadas a cabo por la psicóloga, a fin de acompañar tanto al equipo como a la madre en esta situación especial.

Emiliano es un bebé nacido a término que presenta una cardiopatía congénita. Es derivado desde un hospital de la Provincia de Buenos Aires, debido a una complicación con una enfermedad neuromotora. Su grupo familiar está constituido por padre (profesor universitario), madre (maestra) y un hermano de 4 años.

En su traslado es acompañado por ambos padres. A los pocos días de la internación, su padre regresa a su ciudad y la madre permanece en Buenos Aires, viviendo en un hotel. No cuentan con familiares, ni amigos en esta ciudad.

Encuentro a la madre en la sala de espera y comienza a hablarle de Emiliano, que no pueden sacarle el respirador, que lo

han intentado pero que comenzaba a descompensarse. Me habla del personal de enfermería y relata las dificultades encontradas con una de las enfermeras en especial. “no conoce a Emiliano y lo coloca en una postura en la cuál él no está cómodo, además cuando tiene que hacer un procedimiento me hace retirar como si yo no estuviera acostumbrada a ver qué le hacen”. Me habla de su hijo mayor que lo extraña, ha hablado con él y le ha dicho que venga a casa con E, “pobrecito”... Nota que los médicos no saben que pasa con “el respirador”. Estuvo hablando con el esposo y le planteó hacer una interconsulta con otro especialista de otro centro especializado... “Además no me dicen nada del síndrome genético que tiene”.(refiriéndose a los informes médicos)

Le digo que debe estar cansada, ya que hace muchos días que está en Buenos Aires, lejos de su casa y familia y que quizás se sienta sola.

Me dice que sí, que a veces quiere alzarlo a E. y llevárselo con ella a su casa, “diga que sé que eso es malo para él.”. Pero que le pone mal que los médicos no le digan nada sobre qué pasa con el “respirador”.

“¿Se enojarán si hacemos una interconsulta?”

Le pregunto de qué tiene miedo o qué supone ella que sucederá. Me contesta que teme que se enojen. Sugiero que lo converse con los neonatólogos, así puede saber qué piensan, porque además debe ser doloroso para ella pensar que dejó su casa su hijo, su marido, para venir a un centro especializado y encontrarse con que quizás los médicos no saben qué tiene su hijo o que a veces dudan, como nos pasa a todos. Le digo que debe estar cansada por la larga internación, pues ya llevan más de 2 meses. Y que además, parece que esta situación de que su hijo necesite cuidados especiales que son dados por otros, no le permiten quizás pensar que ella, como madre, puede conocer mejor a su hijo en ciertos aspectos, por ejemplo, qué le gusta, qué le molesta, etc. Porque ella tiene sólo “ojos” para E., y la enfermera se ocupa de otro tipo de cuidados, como por ejemplo, qué le sucede con el respirador y secreciones, etc. Además tiene otro u otros bebés que atender y solo está a la mañana, tarde o noche; ella, en cambio, está todo el día al lado de E., su hijo. El que no pueda brindarle todo lo que necesita E. para algo como su supervivencia, la deja en un lugar pasivo, a expensas de los deseos de los otros, enfermeras y médicos, pare-

ciera que no puede pensar en “sus derechos como madre”, por ejemplo, decirle a la enfermera que prefiere estar con E. cuando hay que hacer alguna intervención, o que quizás necesite otra opinión médica acerca de qué tiene su hijo.

Le sugiero que lo converse con el jefe de la Terapia Intensiva o quien esté a cargo de su bebé, así juntos pueden pensar qué necesita su hijo, ella desde su lugar de mamá y los neonatólogos desde los cuidados médicos que necesite.

Se queda pensando un rato.

Me dice que sí, que va a tratar de hablar con ellos y le va a pedir al marido que venga el fin de semana para hacerlo juntos.

La madre entra a la Unidad de Cuidados Intensivos, para ver a E., la acompaño y hablo con la enfermera jefe acerca de lo que estuvimos hablando con la madre, que quería quedarse al lado de su hijo cuando le hicieran un procedimiento. Le pregunto si esto es muy molesto para el trabajo de ellas, me dice que no, que es una mamá “tranquila” y que no hay problema, que hablará con el resto de las enfermeras que están al cuidado de Emiliano para que respeten las decisiones de ésta y que pueda contener a E. durante los procedimientos. A su vez, le comento a una neonatóloga que ese día estaba de guardia, y con la cual la madre tenía una muy buena relación, para que trate de hablar con ella y disipar sus dudas.

Surge en el relato de la madre la caída de la imagen de la institución como lugar seguro, las quejas hacia la enfermera, el pedido de interconsulta con otros especialistas.

A su vez, el tener su hijo internado que es cuidado por otros, la sumerge en un dolor psíquico que la coloca en un lugar pasivo frente al saber médico. Rescatar su propia subjetividad, ¿el lugar de sujeto de Emiliano que le gusta?, etc., es parte de la escucha de la psicóloga, que además establece redes de enlace, entre los diferentes miembros del equipo, los padres y el bebé, en una suerte de transcodificación, transmitiendo a unos y otros lo que pueden compartir y que les permite reconocerse mutuamente sin dejar su lugar. Por ejemplo, se le pregunta a la Enfermera Jefe si la presencia de la madre interfiere en las funciones de las enfermeras (la respuesta es no)

Se crea un espacio de contención para cada uno de ellos, intentando desarmar diferentes tramas que pueden dar lugar a verdaderos agujeros que desgarran el psiquismo materno, y las consecuencias que esto puede tener para el desarrollo del niño.

Por otra parte, se rescatan las funciones maternas y la capacidad de comunicación empática de la madre, que puede percibir y conocer a su hijo más allá de los cuidados somáticos.

5.3 Malformación congénita.

La segunda situación tiene que ver con la información de una malformación o anomalía congénita. El diagnóstico de un síndrome o anomalía que puede traer aparejada una discapacidad (síndrome de down, agenesia de globos oculares, síndrome genético, etc.), son situaciones donde es necesario a veces, corregir una primera versión que no hablaba de un déficit, sino de un niño sano, reemplazándola por otra que habla de un niño que tendrá un daño. Esto plantea que el alta del bebé podrá ser la de un bebé de buen peso, buen estado clínico, pero con un déficit o una anomalía.

En general, los padres poseen siempre cierto grado de información que será confirmado o desmentido por el médico.

Ellos saben qué sucede con su hijo, por los movimientos dentro de la terapia, si está en terapia intensiva o intermedia, si debe recibir tal cuidado o estudio, y en función de ello van creando hipótesis, las cuales serán confirmadas o no.

De pronto, surge una palabra con relación a una anomalía, síndrome, etc. En este caso la discapacidad es nombrable, se torna real para médicos y padres.

Se planteó anteriormente que una de las primeras tareas de la paternidad es resolver la distancia entre la imagen idealizada e imaginada del niño y el niño real.

Las reacciones de los padres y el grado de futuras dificultades vinculares entre éstos y su hijo, dependerán de las experiencias vividas en estos momentos.

Veamos que dice M. Mannoni en su libro *“El niño retardado mental y su madre”* (1964)

“Qué es para la madre el nacimiento de un niño? En la medida en que lo desea durante el curso de su embarazo es ante todo la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre los sueños perdidos, un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona “real” del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado

deficiente, sufrido como carencia, o prolongar aquéllo a lo que debió renunciar.

Si este niño, cargado así de todos los sueños perdidos, llega enfermo ¿qué será de él?. La irrupción en la realidad de una imagen del cuerpo enfermo va a causar en la madre un shock: en el instante que en el plano fantasmático, un vacío era llenado por un niño imaginario, surge el ser real que por su enfermedad no sólo va a despertar los traumas y insatisfacciones anteriores, sino que impedirá más adelante en el plano simbólico que la madre pueda resolver su propio problema de castración...” (p.22)

La patología o malformación de su hijo le confirmará sus temores y ansiedades del embarazo, como así también sus fantasías ligadas a su interior corporal, de acuerdo a lo planteado en el capítulo sobre el “Nacimiento de un niño, nacimiento de unos padres”

En general, el padre ante un hijo con déficit puede reaccionar con episodios depresivos o persecutorios, no pudiendo llevar a cabo su función de sostén de la díada (Winnicott 1960).

¿Qué es lo que ocurre ante el nacimiento de “un niño diferente” para médicos y enfermeras? Tanto para el equipo tratante (médicos, enfermeras) como para los padres, es difícil reconocer al bebé como sujeto y no como síndrome (Down, por ej.) a partir de su diagnóstico. Los padres encuentran dificultades para identificar la singularidad de su bebé, tan alejado del bebé ideal.

Otro aspecto a señalar gira alrededor del retraso en la información, por ej. no dar el diagnóstico una vez conocido por los médicos. Esto no mejora la situación, sólo aumenta la ansiedad de los padres. La falta de oportunidad de conversar sobre el diagnóstico del niño puede crear una situación en la que los padres se sientan abrumados y no puedan comprender la realidad de su niño. Muchas veces, esta situación se torna difícil de tolerar.

La búsqueda de causas o de explicaciones sobre por qué les sucedió “esto”, pueden surgir en las conversaciones con el médico. Algunos padres necesitan aliviar su propia culpa, otros lanzan una pregunta sin respuesta ¿es esto curable?. E intentan plantear una serie de estudios y consultas a otros especialistas, que encierran una respuesta que ellos no quieren conocer: curar lo incurable.

El problema aquí es detectar la esperanza de un hecho improbable, pero posible al fin, y diferenciarla de la fantasía, que en

este caso representaría esperar lo imposible (tener un hijo normal). Con frecuencia, los padres sienten que el futuro será ominoso toda la vida.

En la sala de espera seguramente encontrarán a otros padres que les transmitirán su experiencia o su realidad de tener un hijo que “no es como los otros”, y en el diálogo con éstos encontrarán lazos de identificación con “pares” a los que “también les pasan cosas”. Las madres, de acuerdo a lo planteado anteriormente, se sienten desprotegidas por la falta de modelos de identificación, modelos de ser madre, modelos de hijo. Por lo tanto, se sentirán reconfortadas al encontrar por un lado, alguien que esté atravesando por su misma situación, y establecerán una red de apoyo que pueda sostenerlas en estos momentos críticos, ya sea en la figura de la enfermera o de otros padres.

Se analizará un ejemplo de esta situación en la que se plantearon dos momentos en el nacimiento de este niño. Por un lado, el nacimiento antes de tiempo ya que el embarazo debió ser interrumpido por una falta de crecimiento intrauterino del niño, y por el otro un segundo momento donde se le diagnostica un síndrome genético.

Santiago es el primer hijo. Nació con el síndrome genético de Silver Rusell, que se le diagnosticó al poco tiempo de nacer. Se llegó a este diagnóstico por el aspecto diferente al esperado para un niño de su edad gestacional y peso de S. “Tiene una cara rara –comenta una enfermera–, el tamaño de su cabeza y sus extremidades no están en relación con el resto de su cuerpo”. Encuentro a la madre en la sala de espera y me dice que me quiere hablar. En esos momentos S. estaba internado en terapia intermedia. Le digo que me acompañe a un aula donde podremos conversar tranquilas. Me pregunta si he evaluado a S.. Le digo que sí, que está bien, que por qué me lo pregunta. Me dice que está preocupada por lo que ha leído acerca de que los prematuros pueden llegar a tener problemas en su desarrollo neurológico, auditivo y visual. Lo ha consultado con uno de los neonatólogos y le dijo que lo más seguro es que S. no tenga nada, pero que no se sabe, y que lo más esperable es que no tenga problemas.

Le pregunto si en realidad no está preguntando por su síndrome genético, diagnóstico que modificó en parte una primera impresión en donde la atención giraba alrededor de su

inmadurez (nació con 34 semanas de gestación y un peso de 1340 g)

Me dice que sí, que se asustó cuando se lo dijeron, que quiere saber por qué pasó esto. Me dice que le hice acordar de los estudios que debe pedir.

Le pregunto qué es lo que le comentaron y me dice que sólo le comentaron que va a medir 1,500 metros de estatura, como máximo, pero nada más. Le digo que me parece que ella tiene otras dudas.

Me dice que sí, que tiene miedo que tenga “elefantismo” o que sea “enanoide”, quiere saber si va ser parejo cuando sea grande. No desearía que fuera deforme. Asocia este comentario con que ella es adoptiva.

Le respondo que parece que ella equipara adopción con síndrome genético.

Me dice que su madre adoptiva le comentó que cuando ella era un bebé le dijeron que estaba en tal estado de desnutrición que difícilmente pudiera caminar y que resultó todo lo contrario. Espera que a su hijo le pase lo mismo con el “problemita que tiene”.

Le pregunto cuándo la adoptaron y comenzamos a armar su propia historia. De pronto me dice que eso ya pasó y que no quiere saber nada de lo anterior (haciendo referencia a su propia historia, a sus orígenes).

Comienza a hablar de S., que duerme todo el día. Le pregunto si está preocupada por eso... me dice que sí.

“Una madre que viene a la noche me contó que en ese momento está muy despierto”. Lo compara con los otros bebés y me dice que “él está más dormido”.

Le digo que parece que quiere que S. sea igual que los otros bebés. Me dice que sabe que tiene que esperar, pero se hace duro.

Le digo que sí, que quizás sienta muchas dudas por tener un bebé “diferente”, y que por lo que me ha comentado respecto a la experiencia de haber sido dada en adopción, esto la puso a ella en un lugar “diferente” como hija y ahora, al tener un hijo con un síndrome genético, también se siente “mamá diferente”.

Me dice que sí, que le da bronca que su madre le diga que S. es muy cortito o chiquito. Que ha conversado con su esposo de hacer luego una consulta con otro genetista.

Le pregunto qué opina su esposo y me responde que él dice que lo que ella decida está bien, pero eso le dá más rabia porque la deja sola frente a las decisiones y no participa.

Le comento que parece que nadie la comprende ni acompaña, le digo que juntas vamos a evaluar a S. para ver qué cosas hace. Comento con el equipo de seguimiento de niños prematuros acerca de la historia materna y los riesgos que puede traer esto para el desarrollo de S., pensando con el equipo plantear, llegado el momento oportuno, una derivación de la madre a psicopatología y planteando, además, durante la internación, espacios de escucha en lugares adecuados para una entrevista, para poder así ir creando un espacio psíquico de la madre, diferente al del bebé.

En este ejemplo, la historia materna se entremezcla con el nacimiento de un niño diferente, en donde su origen de hija adoptiva se superpone con los temores ligados a su hijo. La interacción con el mismo promueve el inicio de un camino regresivo y ciertos aspectos de la historia materna se reactivan dificultando el reconocimiento de las necesidades y representaciones del niño a través de lo que éste es.

5.4 Muerte de un bebé

En las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal algunos niños están gravemente enfermos y el pronóstico vital está en juego. Todas las acciones que realiza el equipo de cuidado (enfermeras, médicos), están orientadas hacia la vida. Si un niño muere en la unidad, un cúmulo de esperanzas y proyectos se verán truncados.

La muerte de un niño es un hecho sumamente doloroso, la muerte de un niño despierta en nosotros la ansiedad de que alguien muere sin haberse realizado. Se altera un proyecto de vida. El equipo tratante no escapa a estos sentimientos, y esto determina muchas de sus actitudes.

Los avances tecnológicos han llevado a que la mayor parte de las muertes se produzcan en hospitales y dentro de Unidades de Cuidado Intensivos. La agonía y la muerte son una consecuencia de la compleja tecnología aplicada. Hay, por cierto, una tarea asistencial profesional, bien compleja y difícil, que es la de ayudar a bien morir.

Philippe Ariès en su libro “Historia de la muerte en Occidente” (1975) analiza los cambios de actitud, creencias y prácticas ante la muerte dados en el mundo occidental desde la primera cristiandad hasta la época actual. Así recorre un eje histórico tal como la civilización occidental ha pasado de una idea compartida acerca de la muerte como algo familiar y “*domesticado*” del mundo medieval, hasta la concepción de la muerte como algo rechazable de lo cual se pretende huir, y es la que reinaría en nuestros días según Ariès.

En la Edad Medieval, según el mencionado historiador, “no se moría uno sin haber tenido tiempo de saber que iba a morir. La advertencia venía dada por signos naturales, o por una convicción íntima que llevaba a que las personas la esperaran como algo predecible”(Ariès, 1975, p. 24). Esta idea pertenecía al ideario de las sociedades campesinas tradicionales.

Otro aspecto que giraba alrededor de la muerte en esa época, y que es mencionado por el citado autor, se refiere a ésta como una ceremonia pública y organizada, en la cual los amigos y familiares ingresaban a la habitación del moribundo libremente, y los niños participaban de este protocolo de despedida de la persona muriente. Esta despedida no era acompañada por expresiones dramáticas o emocionales; el hombre experimentaba la muerte como una de las grandes leyes de la especie, no la exaltaba, simplemente la aceptaba. Era algo esperable, y la gente se prestaba a los ritos previstos por la costumbre.

En los casos de la muerte de los niños la misma era representada por la idea de que los bebés o niños pequeños fallecidos se transformaban en ángeles. De esta manera la muerte no daba lugar a reacciones fúnebres ni rituales de duelo o luto.

Dentro de esta línea de representaciones acerca de la muerte de un bebé, las comunidades andinas por ejemplo expresan manifestaciones colectivas que dan lugar a los “festejos por la muerte de un niño”, en las cuales se baila y se come con el fin de que el cielo reciba al niño al que se considera un ángel (Cerini Cenadas, 2001, p.329)

En los siglos XIII y XIV se dan una serie de fenómenos que van a producir un cambio en las actitudes ante la muerte. Esta adquiere un sentido dramático y personal, ligada al concepto de destino, donde entra en juego la biografía del sujeto asociada a la idea del Juicio Final.

La iconografía de esta época reúne la seguridad del rito colectivo y la inquietud de un examen individual ante el esperado

desenlace. Esto trae aparejado otro cambio en las actitudes frente a la muerte, donde surge la preocupación por *la propia muerte*.

A partir del siglo XVIII, el hombre occidental comienza a exaltar la muerte, la dramatiza, pero paralelamente deja de ocuparse de su propia muerte y comienza a ocuparse de la *muerte del otro*; surge así su interés por las tumbas y los cementerios. Progresivamente aparece la emoción como una pasión que se adueña de los asistentes y que expresa el dolor frente a la separación de la persona moribunda.

Según Ariès, desde hace aproximadamente un tercio de siglo se ha dado un cambio paulatino en relación a las ideas y sentimientos sobre la muerte, pasando de ser un hecho familiar, esperable, a ser algo vergonzante y objeto tabú. (Ariès, 1975, p. 83).

Este cambio comienza a perfilarse en la *simulación* del entorno del moribundo, que tiende a protegerlo y esconderle la gravedad de su estado. Este sentimiento encubre otro, que comienza a ser más fuerte en la modernidad, y que gira alrededor del rechazo a toda emoción que despierta el esperado desenlace, por la imagen negativa que trae aparejada la agonía y la irrupción de la muerte que interrumpe la vida, la que se considera siempre dichosa o debe siempre parecerlo.

Esto trae aparejado que la persona moribunda no muera en su casa, rodeado por sus deudos, como ocurría en la Edad Media por ejemplo, ya que ahora muere en el hospital y generalmente solo.

Esto supone que la muerte no sea precedida por una ceremonia ritual en la cual la persona muriente es el centro, rodeado de sus familiares y amigos queridos, sino que la muerte es un fenómeno técnico dado por el cese de cuidados, o por una decisión tomada por los médicos y por un equipo.

El fenómeno nuevo y destacable gira alrededor de que el enfermo grave entra en el círculo médico y se pone bajo los condicionantes de la enfermedad y de la medicina, produciéndose una ruptura en la comunicación con el entorno. Se da un aislamiento en el que el enfermo empieza a retirarse, en el que es despojado de su responsabilidad, de su capacidad de reflexión, de observación y decisión.

Por su parte, la emoción que desencadena el desenlace en los familiares y amigos debe evitarse, tanto en el hospital como en cualquier otra parte de la sociedad.

Ariès menciona así una *medicalización del sentimiento de la muerte* dado por el rechazo a la muerte, tanto propia como aje-

na, el aislamiento impuesto al enfermo grave y la ausencia de comunicación de las emociones.

Otro aspecto a tener en cuenta en relación a la temática de la muerte gira alrededor de la eutanasia. Etimológicamente esta palabra significa: buena muerte, dulce, libre de sufrimientos y fue empleada por primera vez por Francisco Bacón en el siglo XVII. Se puede entender así la eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendiente a mitigar o al cese de los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción.

La clasificación de los diferentes tipos de eutanasia se centran en la conducta que lleva a cabo una tercera persona. Así se pueden señalar:

- una conducta omisiva (un no hacer)
- una conducta activa indirecta (un hacer indirecto) consistente en aplicar terapéuticas analgésicas con la intención primordial de aliviar los dolores del sujeto, pero sabiendo que se acelera el fallecimiento
- una conducta directa (un hacer directo) que conlleva la muerte del paciente por motivos humanitarios, con el consentimiento del mismo, cuando se enfrenta a una muerte próxima o anticipada, patológica o traumática, inevitable y dolorosa, cuando su calidad de vida es ínfima, siéndole imposible al paciente ocasionarse su propia muerte o bien ante un estado de inconsciencia profunda e irreversible (Hernández, 2001)

En el siglo XX la cuestión de la eutanasia sobrevino a través del “Programa Alemán de Eutanasia” destinado a “purificar” la raza germana y creado por médicos de Hitler.

La primera cámara de gas fue diseñada por profesores de psiquiatría que seleccionaban a los pacientes que morirían. Luego se les unieron algunos pediatras y en 1939 comenzaron con el exterminio de niños discapacitados o con malformaciones congénitas.

Más tarde se legalizó “la ayuda de muerte”, que debía ser autorizada por un médico. Así los padres de un niño nacido ciego con atraso mental y sin una pierna y brazo, solicitaron a Hittler que se le permitiera la muerte a su hijo. El médico Karl Brandt autorizó esta petición dando lugar a “una práctica” que permitía conceder “una muerte de misericordia” a otros niños que no tenía ninguna perspectiva para la vida.

En nuestros días, a partir de los años setenta los Países Bajos comienzan a legislar la eutanasia y en 1984, la Sociedad Real de Medicina emitió “las reglas de conducta cuidadosas” para la eutanasia. Se solicitó al médico informar al paciente su condición, consultar a sus parientes más cercanos, consultar a otro médico por lo menos, y en el caso de un niño obtener el consentimiento de los padres o tutores. Así los bebés recién nacidos con impedimentos o malformaciones podrían ser incluidos en estos casos.

En la actualidad los avances en el campo de la medicina y la tecnología permiten la supervivencia de neonatos que hace algunos años era imposible concebir. Estos avances, sin embargo, también han traído consigo discusiones en las áreas de la moral, la ética y las leyes. Los mayores conflictos se han producido con neonatos que nacen con defectos congénitos mayores, los que nacen con peso bajo extremo y los que sufren asfixia perinatal.

La creación de Comités Hospitalarios de Bioética cumplen una invaluable función en los casos anteriormente mencionados, resultando esenciales para los pacientes y para los profesionales de la salud. Estos permiten analizar, discutir y comprometerse en la búsqueda de soluciones de los problemas.

La Dra. Pace (2001) los define de la siguiente manera:

“Un Comité de Bioética es un grupo de personas adecuadamente entrenadas en la toma de decisiones éticas en medicina. Lo ideal es que sea representativo de la institución en la que se desempeña, de manera tal que estén presentes todas las perspectivas de los sujetos implicados en la toma de decisiones. Evidentemente, el juicio sobre una situación concreta es más correcto cuando no sólo se tiene en cuenta la perspectiva del médico, sino también la de los enfermos, otras personas del equipo de salud, familiares y del propio enfermo” (p. 42)

La muerte en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal

¿Qué ocurre en la mente de los padres cuando se produce el agravamiento de la enfermedad del hijo?. La primera reacción de los padres ante el diagnóstico de una enfermedad mortal, o la extinción de la vida del bebé, es una negación del hecho: “No, no a nosotros, no a nuestro hijo”.

Los síntomas de esta situación son, sobre todo, el olvido del contenido del mensaje y toda una serie de conductas al servicio de mecanismos de defensa como la desmentida o desestimación

que chocan contra lo que el médico espera de los padres (Maldavsky, 1994)

El médico se enfrenta en esta situación a padres que sienten un gran dolor mental. Es un dolor por un desgarrar, por una separación, es la pérdida de alguien que sienten como parte suya. Este dolor no es un fenómeno patológico, como fue descrito anteriormente en relación al nacimiento prematuro como imprevisto, sino que expresa que están atravesando por una dura prueba interna, que los hace más vulnerables y ansiosos. Se crea un estado emocional que los hace más sensibles hacia el entorno.

Existe una dificultad para dialogar, para escuchar a las personas entristecidas. Se evita su contacto, y se eluden ciertos temas, si existen conversaciones con ellas. Generalmente, son los padres de los otros niños internados en la Unidad quienes se acercan y acompañan ante el dolor de los padres del niño muriendo. Esto exige un gran esfuerzo de adaptación para aquellos que tienen su hijo en buenas condiciones, estable y que ha superado su estado crítico, ya que deben acompañar a los doloridos padres y mantener oculta la alegría que sienten por el buen estado clínico de su hijo.

Muchos padres relatan que cuando han establecido una amistad con algún padre que está atravesando por esta difícil situación, mienten u ocultan el estado clínico favorable y alentador de su propio hijo.

Varios temores y preocupaciones surgen en los padres. Por ejemplo, algunos temen que la muerte de su hijo sea precedida por dolor, deformación u otros eventos insoportables: “qué no sufra”, suelen pedir. Otras preguntas se refieren a sus hijos mayores y es a través de la inquietud acerca de éstos, que pueden hablar de sí mismos. Los hermanos son testigos del drama que envuelve a la familia.

Ante un hermano gravemente enfermo internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, los niños se ven enfrentados a una situación muy especial en la que el bebé es un presente-ausente de la célula familiar. Esta situación se presta a que, muchas veces, no sólo se niegue la muerte sino también el nacimiento y la enfermedad. El niño tiene una aguda capacidad de percepción, pero no sólo con relación al mundo físico, sino también al psicológico. Sufre de angustias muy intensas que a veces se esconden detrás de síntomas o de dificultades de conducta. Capta cuanto acontece a su alrededor, y a veces lo expresa con

palabras y otras veces no, y cuando lo expresa puede no ser comprendidos.

La incompreensión del adulto, su falta de respuesta a las preguntas, o el responder con una mentira, provocan más dolor y son causantes de problemas. Al mentir, el adulto cree defender al niño del sufrimiento, como si negando el dolor, mágicamente lo anulara. Confunde el dolor provocado por la situación ,con la explicación de esta situación.

La muerte de un hermano es muy dolorosa para un niño y hablar de esa muerte no es crear el dolor ni aumentarlo. Por el contrario, la verdad alivia al niño y lo ayuda a elaborar la pérdida.

Se analizará un ejemplo de esta situación:

Alejandra nació con 600 gramos de peso y un tiempo gestacional de 25 semanas.

Conozco a ambos padres a las 48 horas de nacer A. Nuestro primer encuentro es en la habitación de internación de la madre. En el mismo me enfrento a dos padres “muy dolidos”, la madre en el borde de la cama apenas me mira. El padre me dice que ya sabe todo lo referente a los prematuros, internación, etc., porque han tenido un hijo hace 3 años que fue prematuro y murió a los días de nacer. La madre me dice que sabe que no tiene que esperar nada. El padre me cuenta que tiene una hija de 2 años que nació bien, sin problemas, que igual tuvo que estar unos días, pero en terapia intermedia, y que ahora está muy bien.

Durante los primeros días de A, la madre se sentaba al lado de la incubadora con la mirada perdida. La enfermera a cargo de A. durante el turno de la mañana, me relata que está muy preocupada por la madre, que la ve muy mal, me pregunta si puedo hablar con ella.

Intento hacerlo pero observo que ni bien me acerco “huye”. Puedo conversar con el padre, pero en la sala de espera. Siento el dolor de estos padres, el duelo “anticipado” que surge en aquellos padres ante el temor de perder a su hijo (Kaplan, Masson, 1960, citado por Klaus y Kenell, 1975). Converso con la enfermera y le planteo que los padres están muy dolidos, que lo que necesitan es que alguien esté a su lado más allá de lo que les digan. Que siento que yo les resulto muy persecutoria, por lo que proyectan en mí y que quizás podemos plantear una red de contención entre ambas.

A partir de ahí, converso con los padres en la terapia intensiva al lado de A., rescato los signos del bebé (qué le gusta, a quién se parece, qué dedos pequeños tiene) y a partir de poder rescatar a A. los puedo ayudar a ellos. Cuando la veo a la madre en la sala de espera no intento hablar, sólo la saludo y comienza a circular entre ambas una expresión dicha por mí: “¿Cómo está?, tirando para no aflojar”. Un día me encuentro con ella a la salida, en la escalera, y comienza a hablar de su sufrimiento y dolor. Armando una historia, su otra hija, los padres como pareja, sus necesidades, etc.

A., luego de una larga internación y muchas complicaciones, comienza a agravarse. Un día encuentro a los padres y me dicen que están muy mal porque sienten que A. esta muy grave y que no tiene sentido que continúe así. Encuentro a la madre junto a la incubadora y me dice que A. se queja, que la siente; intento escucharla y compruebo que lo que plantea la madre es así, o al menos, nos parece. Me dice que prefiere que esto termine. Hablo con una neonatóloga y le comento lo que los padres me han transmitido y están viviendo. Le pregunto si A. tiene posibilidades de vivir y en qué condiciones. A partir de esto se realiza una reunión con los neonatólogos y especialistas acerca del futuro de este bebé. La médica residente a cargo de A. dice que los padres tienen esperanzas acerca de su hija. A esto le respondo que para cualquier padre la muerte de un hijo es un dolor muy grande, ya que nadie está preparado para esto y menos va a estar esperando la misma, que eso determina que muchas veces muestren ciertas esperanzas frente a algo tan doloroso como la de pedir la muerte de un hijo. Al otro día A. fallece en brazos de sus padres.

En este ejemplo, se puede analizar cómo se presenta el “duelo anticipado” descrito por Kaplan y Mason (1960, citado por Klaus y Kennell, 1975), en la primera entrevista mantenida con los padres, en la cual la madre dice “que sabe que no tiene que esperar nada”. Las experiencias anteriores (muerte de otro bebé nacido prematuro) pueden agravar el estado emocional de estos padres, en especial el de la madre.

La madre expresa su dolor psíquico en su postura, en su actitud, cuando permanece en la unidad de internación, y en la imposibilidad de poder poner palabras a lo que siente.

De ahí que sea necesario, en este tipo de situaciones, crear redes de contención psicológica no sólo para los padres, sino también para el equipo de atención, conteniéndolos en una tarea tan dura como la de “acompañar al bebé muriente”. A su vez hay que plantearse cómo contener más allá de las palabras a esta familia que está sufriendo.

El enfrentarse con niños gravemente enfermos, en quienes el pronóstico de vida está en juego, moviliza aspectos personales por parte del equipo tratante, ligados a la propia angustia ante la muerte y la impotencia ante el hecho irreversible.

Si bien muchos de los recién nacidos internados en la Unidad, en especial los prematuros, por el hecho de que se trata de niños inmaduros pero no enfermos, y es esta inmadurez la que determina su internación en una Unidad de Cuidados Intensivos, pueden no llegar a atravesar estas situaciones, sin embargo estas experiencias compartidas dejará en los padres y grupo familiar un estado de inquietud por posibles peligros que pueden acechar al niño.

La imagen expresada por Freud: “his majesty the baby” (1914, p.88), no será la que reflejen estos bebés gravemente enfermos. Y un manto de fragilidad, vulnerabilidad en algunos casos, o de fortaleza en aquellos casos que logren superar estados clínicos severos, acompañará las representaciones del niño.

Muchas veces, en ocasión de la consulta realizada al equipo de seguimiento de niños prematuros, los padres preguntarán por el destino de alguno de los niños que estuvieron internados en el mismo período que sus hijos, con cierto temor por las secuelas que pueden haber dejado en los mismos, o recordarán las horas esperando tras la puerta para ingresar a la Unidad a ver a sus hijos, sabiendo que dentro de ella el equipo de atención y el bebé libraba una difícil batalla por su supervivencia.

Del otro lado de la puerta, también los padres libran otra batalla contra sus ansiedades y temores, creando un estado de inquietud que puede interferir en los intentos de reorganización y adaptación posteriores a los primeros momentos traumáticos del nacimiento prematuro.

5. 5 Bibliografía

ALS, H.(1986), “Synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment and support of the neurobehavioral

- development of premature infant and his parent in the environment”, en: SWEENEY J.K. (Editor) *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*. The Haworth Press.
- ARIÈS P. (1975) *Historia de la muerte en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros días*. El Acatilado, Barcelona, 2000
- CERIANI CENADAS C. (2001) “Notas histórico-antropológicas sobre las representaciones de la muerte”, en: *Archivos Argentinos de Pediatría*, 99 (4) Agosto 2000; 326-336.
- FUSTIÑANA, C. Y RUIZ, A. L. (2000) Situaciones críticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Científica*, Departamento de Investigaciones. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Volumen IV- n°2
- FREUD S.(1914), “Introducción al narcisismo”, en: *Obras Completas*, vol.XIV Amorrtortu. Editores.
- (1919) “Lo ominoso”, *O.C.* vol. XVII. AE
- GIANANTONIO, C. (1990), *Comunicación personal*.
- HERNÁNDEZ, N. (2001) *Comunicación personal*
- KLAUS, M.; KENNEL, J. (1975), “Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo”, en: *La relación madre-hijo*, Editorial Panamericana, Bs As, 1983; 103-105.
- MARTINEZ, J. C.(1993) “El bebé prematuro y su mundo exterior”, en: *El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor*, Ed. Lidium, Buenos Aires; 28.
- MALDAVSKY, D. (1994) *Pesadillas en vigilia*. Amorrtortu editores Buenos aires
- MANNONI, M. (1964) Cap.1: “ El trastorno orgánico”, en: *El niño retardado mental y su madre*, Paidós, 1982; 19- 25.
- RODRÍGUEZ, D.; ELIZONDO, M.; FUSTIÑANA, C. Y RUIZ A.L.(1994) *Desarrollo y crecimiento en niños nacidos prematuros en edad escolar*. Beca de Investigación Sociedad Argentina de Pediatría.
- PACE, R (2001) Comité de Bioética – *Nexo Revista del Hospital Italiano*. N° extraordinario, diciembre,2001; 8-10.
- WINNICOTT (1960),Cap.3 “ La teoría de la relación paterno filial”; en: *El proceso de maduración en el niño*. Editorial LAIA, Barcelona (1981);40-63.

Capítulo VI

Investigaciones sobre la paternidad del niño nacido prematuro

6.1 Introducción

Diferentes investigaciones han intentado dar cuenta de la crisis emocional que representa para los padres el nacimiento e internación de su hijo prematuro; investigaciones que tendrían como objetivo entre otros conocer el estado afectivo que rodea esta situación y el dolor psicológico que trae aparejado. Así se interrogan sobre el nivel de ansiedad y estrés (Miles, Funk, Kasper, 1992), entre otros aspectos ligados al estado psicológico que rodea el nacimiento prematuro. Estas investigaciones estarían relacionadas con lo traumático y los duelos que deben atravesar los padres, como *el duelo por un embarazo y nacimiento normal, por un bebé perfecto, por el alta del bebé*.

En relación a este último *duelo por el alta del bebé*, en los últimos años han surgido investigaciones referidas a la influencia del nacimiento prematuro sobre la parentalidad y crianza del niño a lo largo de los sucesivos años. (Calvo, Fava Vizziello y colab. 1998).

También han intentado responder a las diferentes etapas por las que atraviesan los padres a lo largo de la internación, así como los afectos y percepciones, que surgen ante la separación del bebé, la relación con el equipo de cuidado (médicos, personal de enfermería) y medio ambiente de las Unidades de Cuidados Neonatales. En consecuencia un recorrido sobre las diferentes

investigaciones permitirán comprender el nacimiento prematuro y sus efectos en el proceso de paternidad.

6.2 Impacto ante la separación temprana entre padres y recién nacido prematuro.

A partir de la creación de las Unidades de Cuidado Intensivo, varios interrogantes han surgido sobre las reacciones emocionales de los padres ante el nacimiento pretérmino e internación del recién nacido. Dentro de esta línea Kaplan y Mason (1960) plantearon que el nacimiento y hospitalización de esos hijos pueden dar lugar a una crisis emocional de los padres.

Con el fin de conocer este impacto emocional en los padres efectuaron entrevistas a 30 familias, que fueron estudiadas a lo largo de 12 semanas luego del nacimiento del niño prematuro y así identificaron 4 tareas que los padres deben atravesar durante la internación de su hijo.

Estas son:

- Preparación para una posible pérdida del niño; con la esperanza que el niño viva, los padres se preparan para su muerte. Este aspecto se relaciona con el “duelo anticipado” (Kaplan, Masson, 1960).
- Los padres expresaron sentimientos de fracaso por no poder gestar un niño a término.
- Posteriormente iniciaban un proceso de reanudación y continuidad en la relación y vinculación con el niño.
- Así lograban comprender como difiere un recién nacido prematuro de uno a término, en función de sus necesidades especiales y de crecimiento.

Varias investigaciones reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros (Choi, 1973; Broten, Genaro, Brown y colab., 1988, citados por Miles, Holdich-Davis, 1997).

Miles y colaboradores (1992), encontraron que los puntajes de ansiedad de los padres de recién nacidos prematuros son semejantes a los encontrados en pacientes con trastornos de ansiedad o estudiantes expuestos a situaciones de estrés.

Jeffcoate y colaboradores (1979, citados por Miles, Holdich-Davis, 1997) encontraron que las madres sentían más depresión,

culpa, temores, sentimientos de desvalimientos, inadecuación. Experimentaban falta de confianza y de autoestima relacionada con la separación que la internación del recién nacido prematuro les imponía.

Trause y Kramer (1983, citados por Miles, Holditch Davis, 1997), encontraron también que las madres de recién nacidos prematuros expresaban mayor culpa, preocupación, llanto y dificultades para tocar a sus hijos en contraposición a las madres de recién nacidos a término.

Pederson y colaboradores (1987) entrevistaron a 130 madres de recién nacidos prematuros con diferentes patologías y como resultado de las mismas plantearon que la mayor preocupación de las madres giraba alrededor de la sobrevivencia del niño y el pronóstico a largo plazo. Como segunda causa de aumento de estrés señalaron la expresión de sentimientos de separación del hijo, dificultades para visitarlo y pocas expectativas acerca de su futuro.

González, M. y colaboradores (1996), realizaron un análisis de los temas que con mayor frecuencia surgían en las reuniones de padres que tenían a sus hijos internados en las Unidades de terapia intensiva e intermedia del Hospital Materno Infantil R. Sardá. El estudio se centró en la posibilidad de detectar la problemática específica que deben atravesar los padres y madres de recién nacidos asistidos en las Unidades de Cuidado Neonatal, y evaluar la comunicación de los padres con el equipo de salud.

Los temas que se registraron con mayor frecuencia e interés fueron:

- impacto ante el nacimiento de un hijo con dificultades
- preocupación por el peso
- sentimientos de irrealidad, vivencias de culpabilidad, herida narcisística
- rearmado del proyecto de vida
- dificultades en la comunicación con el equipo de salud
- importancia de la información suministrada por el médico

Los datos aportados por las investigaciones corroboran los datos clínicos y teóricos en relación a los procesos de duelo que las madres deben atravesar ante el nacimiento prematuro.

El estrés parental relacionado con la gravedad del recién nacido ha sido documentado. Gennaro (1988) plantea que no hay una correlación entre ansiedad y depresión materna y el nivel de patología del hijo. El estado de enfermedad de los niños esta

compuesto por varios factores, entre los que se debe incluir las percepciones maternas. Por ejemplo un niño con Síndrome de Down que está clínicamente estable, puede tener un puntaje bajo en la escala de enfermedad, pero los padres pueden ver a su hijo como muy enfermo.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado en el 3° capítulo de esta tesis “La paternidad prematura” sobre los duelos en relación al hijo perfecto, proceso que también deben atravesar los padres con un bebé con malformaciones o síndrome genético.

En un estudio posterior realizado por Gennaro, York y Brooten (1990) en el que compararon madres de recién nacidos prematuros (RNP) y madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (RNMBPN), encontraron que este último grupo de madres de RNMBPN alcanzaban un mayor nivel de estrés que las madres de RNP.

Estas investigaciones coinciden con los hallazgos clínicos en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y que fueron desarrollados en el capítulo sobre la paternidad prematura, en relación a la vivencia que sienten padres que tienen un hijo de menos de 800 g, prematuros extremadamente pequeños.

Minde y colaboradores (1983) demostraron que las madres de neonatos enfermos severos son menos activas con sus niños luego de 50 días de hospitalización del mismo. Pareciera que existe una relación entre el tiempo de internación del niño y las interacciones con sus madres, lo cuál plantea una correlación entre el estado clínico del niño, el estado afectivo materno y la interacción entre ambos.

Covas y colaboradores (1993), realizaron una encuesta a 78 madres de recién nacidos prematuros con el fin de conocer la clase de vínculo que las madres establecen con su bebé y la incidencia que tienen las acciones del equipo de salud sobre el establecimiento del vínculo madre-hijo.

Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: concurrencia a la unidad de internación, información recibida, frecuencia de visitas, contacto con el RN, temores y preocupaciones más frecuentes.

La concurrencia de las madres a los sectores de internación se produjo pasadas las primeras 24 horas, la información fue mejor recibida por los padres de RN de menos de 1250 gramos y fue mayor la predisposición de las madres a amamantar de los RN de menor peso de nacimiento.

6.3 Investigaciones sobre el estrés paterno ante la internación del RNP

Miles, Funk, Carlson (1993) realizaron una investigación sobre una población de 115 madres y 75 padres de recién nacidos prematuros o de alto riesgo internados en una Unidad de Cuidados Intensivos de Estados Unidos y otra de Canadá. Como instrumentos de evaluación se tomaron la Escala de estrés: Parental Stressor Scale PSS: NICU y el Inventario de depresión State Anxiety Inventory STAI (Spielberger y colab. 1983, citado por Miles, Funk, Carlson 1993). Los resultados dieron que el potencial de estrés de los padres deriva de 4 áreas: estado clínico del recién nacido, factores personales, variables situacionales y estímulos del medio ambiente de las terapias intensivas.

En la misma línea de investigación, Poë, Pinelli (1997), realizaron un estudio descriptivo en una muestra de 122 madres y 99 padres cuyos hijos permanecían internados en una Unidad de Cuidados Intensivos, tanto de término (neonatos de alto riesgo, con diferentes patologías clínicas) como prematuros, aplicando como instrumento de evaluación los mismos que los reportados por Miles, Funk, Carlson (1993): la escala de estrés Parental Stressor Scale Neonatal Intensive care Unit (PSS:NICU), para medir el estado de ansiedad la STAIT, un inventario de sucesos significativos de vida: Life Events Scale, como así también datos demográficos y de morbilidad de los niños.

Se comprobó diferencias significativas en las diferentes variables investigadas entre padres y madres de los niños, tanto prematuros RNP como RN enfermos, que estuvieron internados en la terapia intensiva neonatal.

En las madres, las variables que significativamente correlacionaban con los puntajes de la escala P.S.S. NICU y sus subescalas (Miles, Funk, Carlson, 1993) fueron: rasgos de ansiedad, edad, momento en que veían a su hijo por primera vez (por ejemplo momento del nacimiento), percepción de morbilidad, status marital y si el embarazo era deseado o no.

Para los padres las variables más significativas fueron percepción de la morbilidad del bebé, frecuencia de servicios religiosos, rasgo de ansiedad, en especial si era el primer hijo, el momento de la entrevista con la asistente social, si el embarazo era deseado o no. La gravedad de la enfermedad del niño modificaba la comunicación con el staff en forma significativa.

No se encontraron mayores diferencias con relación al nivel de estrés general entre padres y madres; pero las madres alcanzaron mayores puntajes reflejando un mayor estrés en las subescalas de “Interacción con el bebé “y “Luz y sonidos”.

Estos hallazgos coinciden con los datos clínicos acerca de la vivencia traumática que implica el nacimiento prematuro para la madre, acaecido en un momento en que el niño es parte de su cuerpo y debe separarse de él, alterando la interacción entre ambos. Las diferencias encontradas entre padres y madres confirman las ideas acerca de las diferentes influencias que desde lo psicológico se pueden encontrar en relación a los procesos de la maternidad y paternidad.

Los investigadores mencionados (Poe, Pinnelli, 1997) plantean que los factores que expresan y alteran el estrés de los padres en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, pueden no afectar a los profesionales encargados del cuidado y atención de los niños, pero sin embargo influyen en la interacción entre padres-niños, siendo la adaptación a la apariencia del recién nacido y el medio ambiente de la terapia intensiva neonatal, lo más difícil de encarar por ellos.

Estos aspectos señalados de las Unidades de Internación Neonatal como estresantes se vincularían con las experiencias que pueden atravesar algunos padres durante la internación de sus hijos y que fueron analizadas como situaciones críticas.

6.4 Influencia del nacimiento prematuro sobre la paternidad y crianza del niño en sus primeros años de vida.

En el artículo “Parenting the prematurely born child: pathwzys of influence” (Miles, Holditch Davis, 1997), plantean los efectos poco conocidos y a través del tiempo, de la angustia parental manifestada durante la internación del niño y sus posibles consecuencias sobre la paternidad en los años posteriores de la infancia y niñez de los niños nacidos prematuros.

Varios estudios han demostrado la presencia de mayores indicadores de ansiedad y depresión materna manifestados, al dar el alta a los niños nacidos prematuros (Werceszczak, Miles, Holditch Davis, 1997). Como así también la influencia de síntomas de depresión materna en el desarrollo afectivo y neuromadurativo de los niños prematuros. (Field, y colab., 1985, 1987, Wilfong, 1991).

El estudio mencionado de Werceszczak (1997), plantea que a los 3 años de los niños nacidos prematuros, sus madres, aún recuerdan las experiencias vividas durante la internación, como así también señalan la alteración del vínculo con el bebé, que es cuidado por otros y la apariencia del niño. En las entrevistas realizadas expresaron como muy estresantes las dificultades en la comunicación con el equipo de atención del niño y el compartir el cuidado del niño con el personal de enfermería.

En 1972/1973, I. Lezine (Lezine, 1977), realizó una investigación con prematuros con un peso al nacer de 1000 a 2500 gramos, en los cuales se estudiaron los siguientes aspectos: A) La génesis de las primeras organizaciones rítmicas del bebé prematuro, en la situación de alimentación y B) las fantasías maternas en relación a la influencia de éstas sobre la adaptación recíproca mamá-bebé.

Compararon el ritmo de succión en el curso de la toma de biberón a bebés prematuros y a término y utilizaron un dispositivo original de registro gráfico de presiones ejercidas por el niño sobre la tetina. A partir de este registro se pudo definir la aparición de un principio de organización de ritmo de succión, definido por ciertas condiciones de alternancia y de períodos de ondas registradas sobre trazos semejantes a las de registros electroencefalográficos.

Esta investigación ha confirmado la aparición de elementos de organización de ritmos de succión definidos por ciertas condiciones de alternancia en el 3º y 4º día de vida del recién nacido normal, siendo el de los bebés prematuros más irregular y anárquico, dando lugar a una desorganización de sus ritmos de succión.

El Dr. Andrau, psiquiatra y psicoanalista entrevistó a ambos padres. A través del análisis de los temas surgidos en ellas se señalaron los siguientes aspectos:

- Dificultades en la adaptación recíproca padres-hijo prematuro.
- Un nivel de angustia rodea a los relatos en estas entrevistas.
- Investidura del bebé como frágil
- Actitudes defensivas frente a su propia agresividad
- Recuerdos del embarazo como ideal

Estas experiencias vividas en forma temprana son luego revividas a lo largo de la crianza del niño, según esta autora, y son correlativas del “síndrome del anciano prematuro” que fue definido por ella y el neurólogo Dr. Bèrger (Lezine, 1977) a partir de

una investigación realizada con 462 niños prematuros de 3 a 12 años.

Si bien los datos de esta autora pertenecen a una época en la que los padres no podían ingresar a las Unidades de Cuidado Intensivos y su presencia era sentida como “una molestia”, son importantes por que plantea ciertos interrogantes acerca de la influencia recíproca entre padres- bebé prematuro ligada a los procesos de comunicación e interacción. En 1985, Alfasi, Schwartz, y colaboradores (citados por Miles, Holditch Davis, 1997) refirieron los mismos hallazgos encontrados por Lezine (1977), y señalaron que las interacciones entre bebé y madre son poco satisfactorias debido a los diferentes niveles de señalización del bebé prematuro.

Vázquez (1995, citado por Miles, Holditch Davis, 1997) definió tres etapas por las cuales pasan los padres en su adaptación al recibir un bebé prematuro:

- el primer tiempo luego del alta los padres intentan comprender los recursos que ellos necesitan para el cuidado de ese bebé.
- a los 3 meses posteriores al alta ellos pueden ser menos protectores y recíprocamente el bebé responde.
- a los 5 meses post- alta, los padres se ven como una “familia que tiene un bebé”.

Affleck, Tennen, Rowe y colab. (1990) realizaron entrevistas a 114 madres y 60 padres de niños pretérminos en un seguimiento de 30 meses posteriores al nacimiento. Durante la internación, los padres expresaron angustia, sentimientos de separación e incertidumbre acerca del futuro desarrollo del niño. Encontraron además que a los 6 meses de edad del niño, las madres aún guardan un recuerdo de las experiencias vividas durante la internación.

Cronin, Shapiro, Casiro y colaboradores (1995) realizaron un estudio con el fin de conocer la influencia del estrés parental asociado a la morbilidad a largo plazo con R.N. de bajo peso al respecto, participaron del estudio 96 familias que tenían un niño nacido prematuro de bajo peso (RNPBP) y 101 padres con niños nacidos a término. Los niños tenían en el momento de la encuesta de 1 a 5 años de edad. No se encontraron diferencias demográficas entre los dos grupos.

El nacimiento y educación de un niño prematuro de muy bajo peso estaba asociado a un mayor estrés de los padres.

De acuerdo a la Escala de Impacto en la Familia de Stein y Riessman (1980, citados por Cronin, Shapiro, Casiro y colab., 1995) que fue administrada a ambos padres, aquellos que tenían hijos nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, refirieron dificultades económicas, financieras y personales en la crianza de los niños. A su vez las madres de estos niños expresaron mayores dificultades económicas al nacer el mismo, ocasionadas por que debieron dedicarle mayor tiempo a este hijo y ésto dió lugar a tener que trabajar menos o no poder hacerlo. A su vez tener que ocuparse más tiempo del niño que de otros miembros de la familia debido a las continuas visitas al hospital que se requerían para diferentes controles o seguimiento.

Por otra parte las madres también plantearon sentirse tratadas de manera especial, por tener un hijo prematuro; sin embargo, no siempre se sintieron apoyadas y comprendidas en lo que les demandaba el cuidado del niño prematuro. Así a diferencia de los padres plantearon la importancia de contar con una ayuda especial para el cuidado del niño.

Los padres expresaron más incertidumbre con respecto al niño y las madres, comentaron la exigencia de una mayor tensión personal.

Estas diferencias no fueron encontradas en los padres que tenían un niño nacido a término.

6.5 Percepciones paternas acerca del niño nacido prematuro

Las percepciones paternas acerca del bebé prematuro, pueden influenciar en las interacciones con éstos, lo que se ve reflejado en diversas investigaciones.

Blumberg NL (1980) plantea que altos niveles de depresión y ansiedad materna se relacionan con percepciones negativas acerca del estado y el futuro del niño nacido prematuro. Diferentes estudios (Stern y Hildebrandt, 1986; Stern y Karraker, 1990, citados por Ingleby y Tanke, 1995) han demostrado percepciones negativas por parte de los adultos acerca de las características de niños nacidos prematuros.

Estas investigaciones se basan sobre las descripciones de las características dadas por 27 madres de niños nacidos a término, a las que se las interrogó acerca del aspecto sobre diferentes niños prematuros y no prematuros, de 10 meses de edad. Se graba-

ba a los niños en un video que se les mostraba a las madres y éstas debían completar un cuestionario que incluía diferentes categorías como: grande- pequeños; fuerte-débil, etc.

Como resultado de los mismos los niños prematuros eran descritos como frágiles, más pequeños, menos activos, etc., lo que reflejó expectativas negativas con respecto a los infantes prematuros. Estos autores se refieren en este aspecto a un “prematurity stereotype”. Estas percepciones encontradas se correlacionan con los hallazgos clínicos acerca de los cometarios dados por los padres sobre el recién nacido prematuro en especial de aquellos de muy bajo peso o tiempo gestacional RNMBPN en relación a la vivencia de lo “siniestro” en el sentido de no-familiar, desconocido e insólito. Similares percepciones fueron encontradas en estudios realizados con personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos (Epps, 1993).

Lebovici definió las interacciones como la acción recíproca entre dos fenómenos y en sus estudios sobre la interacción temprana madre-bebé, plantea que “así cómo la madre crea a su bebé, ésta es creada por el bebé” (Lebovici, 1983, p.27). Esta expresión se puede extender al padre: “los padres crean al bebé pero este también los hace padres”.

Las percepciones acerca del bebé como frágil, fueron estudiadas también por Miles, Holditch Davis (1997), quienes plantearon una “Compensatory parenting”=parentalidad compensatoria (p.258).

A los 3 años de niños nacidos prematuros, entrevistaron a sus madres y comprobaron que éstas continuaban teniendo una respuesta emocional muy significativa acerca del nacimiento y experiencia por haber tenido un hijo nacido a término.

Según los autores esta situación podría llegar a tener una influencia en el estilo de crianza que denominan “compensatoria parentalidad”. Esta actitud es llamada de esta manera, ya que las madres en el citado estudio expresaron sentir a sus hijos “como especiales y normales”.

Ven el nacimiento y experiencias neonatales como menos gratificantes y positivas que los nacimientos a término, describiendo a los niños prematuros “como vulnerables”. Sienten a sus hijos como especiales puesto que han podido sobrevivir a las dolorosas experiencias infantiles, desarrollando en la crianza del niño comportamientos compensatorios de estas primeras experiencias y expresaron tener dificultades en la puesta de límites,

aumento en la estimulación, atención y protección. Estos aspectos pueden dar lugar a un mayor desarrollo cognitivo del niño.

Esto coincide con los hallazgos clínicos encontrados en el seguimiento de niños prematuros de bajo peso y edad gestacional y llevado a cabo en el Hospital Italiano.

La mayoría de los niños del estudio no habían recibido estimulación más allá de la brindada por sus padres, pero a 3 niños a los cuales se les recomendó la concurrencia a un programa de intervención, sus familias no acataron la orientación porque consideraron que los niños eran normales. Por su parte todas las madres plantearon mayores visitas a sus pediatras que las que realizaban con hijos nacidos a término.

En relación a como veían al bebé prematuro, sus descripciones eran semejantes a las planteadas por Stern y colaboradores, (1986,1990,1995, citados por Ingleby, Tanke, 1995) en referencia a un “prematurity stereotyping” definido por éstos.

Se puede plantear a través de esta investigación que el nacimiento prematuro del niño aún mantiene su impresión desde lo psicológico.

Se planteo también que los padres y en especial las madres deben atravesar diferentes procesos de duelos y éstos se realizan mediante un proceso de paso por paso (Freud, 1917) y se puede decir que el mismo podría durar diferentes tiempos (meses o años) de resolución en función a la historia del niño y de los padres, como a las posibilidades de reorganizarse afectivamente luego de la crisis que genera este nacimiento tanto por parte de los padres, miembros de la familia, y entorno social.

6.6 La depresión materna y su influencia en el desarrollo del niño

En relación a la influencia de la psicopatología materna y el desarrollo del niño, la depresión ha sido señalada por sus efectos sobre los niños, ya que los mismos están expuestos a los efectos de tristeza, desesperanza, irritabilidad y confusión materna interfiriendo en las interacciones entre ambos. Bowlby (1980), sugiere que las madres que presentan síntomas depresivos son madres “mitad presente”, haciendo referencia a que están “presentes físicamente”, pero “ausentes emocionalmente”.

Según las investigaciones realizadas por Field (1992), los hijos de madres depresivas expresan menor actividad, vocalizan

menos, evitan la mirada y protestan frecuentemente. Durante los primeros seis meses de vida los niños expresan un menor desempeño en las áreas mentales y motoras al año de edad.

Dawson y colaboradores (1992) estudiaron la influencia que la depresión materna, tiene sobre la conducta de apego (Bowlby, 1980) y la actividad cerebral en 26 niños entre 11 y 19 meses de edad. Estos autores observaron el apego durante la Evaluación del tipo apego (Ainsworth, 1978), mientras se registraba la actividad cerebral frontal y parietal, derecha e izquierda, a través de EEG. Los resultados indican la presencia de actividad cerebral frontal asimétrica, dependiendo del estímulo de emociones positivas (juego con la madre) o de situación de separación maternal. La asimetría frontal derecha en el EEG también se encontró en la actividad cerebral de bebés de 3 meses de edad, hijos de madres depresivas (Field y colaboradores, 1994). La reactividad emocional y la expresividad en los bebés también fue correlacionada con el tono vagal (Field, 1995).

Dentro de esta línea de pensamiento Pickens y Field, (1995) plantearon que el estado afectivo materno influye en el sistema de regulación biológico y conductual.

En un estudio reciente Field (1995) planteó tres efectos de la depresión en las interacciones madre-bebé:

- Modelo del efecto ambiental postnatal o de madre “no respondiente” en el que la madre brinda estimulación inadecuada durante el período de desarrollo de la interacción. En estos casos la madre no responde o está emocionalmente inaccesible (como ocurre en cuadros depresivos) y en consecuencia se produce una desincronización entre las señales poco claras emitidas por la madre y las respuestas del bebé, dando lugar a una desorganización conductual del niño.
- Modelo llamado “efecto prenatal” o infante “poco regulado”, en el cuál el bebé muestra niveles de señales limitadas, confusas, muestra excesivos patrones de sueño indeterminados, letárgico, lo que lleva a la madre a encontrar dificultades en la decodificación de los estados y necesidades de su hijo. La madre debe realizar un “esfuerzo” para identificar las necesidades de su hijo.
- Un tercer modelo en el que se incluirían características de ambos, por ejemplo bebés pasivos, poco estimulantes y madres con un nivel de respuestas bajas.

Los bebés prematuros por la inmadurez que presentan suelen ser descritos como más irritables o letárgicos, lo cuál hablaría del segundo modelo de Field.

Calvo, Fava Vizziello, y colaboradores (1998), realizaron un estudio con 26 niños prematuros con riesgo neuropsicológico bajo o medio que fueron seguidos durante 5 años con el fin de relacionar ciertos factores de diferente índole biopsicológica como predictivos de la psicopatología del niño en la edad escolar. Encontraron como correlativos de riesgo de psicopatología en la edad escolar (disturbios de la esfera emocional), con el tiempo de hospitalización del niño y una modalidad de apego desorganizado e inseguro a los 12 meses de edad.

Estos aspectos planteados con relación al nacimiento, percepción del niño, efecto de la prematurez sobre la paternidad y crianza señalan la necesidad de un trabajo de prevención tanto sobre el niño como sobre los padres llevado a cabo desde el nacimiento.

6.7 Bibliografía

- AFFLECK, G. Y TENNEN, H. (1991), "The effect of new born intensive care on parents", en: *Psychological well-being child health care* 20:6-14
- AFFLECK, G., TENNEN, H., ROWE, J. Y COLABORADORES (1990), "Mothers remembrances of newborn intensive care: A predictive study", en: *Journal of Pediatric Psychol.* 15:67-81.
- AINSWORTH, M. (1978) *Patterns of attachment*. L. Erlbaum Associates Publishers, New Jersey; 3- 26
- BLUMBERG, N.L. (1980), "Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early post partum adjustment", en: *Journal of Advanced Psychology*, Vol.89, Nº2:139-150.
- BOWLBY (1980), "El cuidado de los niños"; en: *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Biblioteca de Psicología Profunda. Piados, Barcelona, 1989; 13-30
- CALVO, C. Y FAVA VIZIELLO (1998), *Prematurità e psicopatología in età prescolare: fattori oli rischio neonatali e affettivo relazionali*. Poster presentado en 2º Congreso Europeo de Psicopatología del niño y adolescente. A.E.P.E.A. Sevilla.

- COVAS, M.; NEGRETE, M. Y ALVAREZ BAYON, R. (1993) Encuesta a madres de recién nacidos internados en unidades de cuidados intensivos. *Archivos Arg. De Pediatría*, Vol. 91. 135-139.
- CRONIN, C.; SHAPIRO, C.R.; CASIRO, O. Y CHEANG, M. (1995) "The impact of very low-birth weight infants on the family is long lasting", en: *Arch Pediatr Adolesc. Med*/ Vol 149, feb. 1995. 151- 159.
- DAWSON, G.; KLINGER, H.; PANGIOTIDES, H. Y SPIEKER, S. (1992), "Infants and mothers with depressive symptoms: electroencephalographic and behavioral findings related to attachment status", en: *Development and psychopathology* Vol. 4, Nº1. 67-80.
- EPPSS, D. (1993) "Labeling effects of infant health and parents demographics on nurse rating of pre-term infant behavioral", en: *Infant Mental Health Journal*, Vol. 14. 182-191.
- FIELD, T. (1987), "Interactions and attachment in normal and atypical infants", en: *Journal of Consulting and Clinic Psychiatry* Vol. 55, Nº6. 853-859.
- FIELD, T. (1992) "Infants of depressed mothers", en: *Development and psychopathology*. Vol. 1 : 49-66.
- FIELD, T. (1995) "Infants of depressed mothers", en : *Infant behavior and development* " 18: 1-13.
- FIELD, T.; FOX, N.; PICHENS, J.; NAWROCKI, T. Y SOUTULLO, D. (1994) "Right frontal EEG activation in 3 to 6 month-old infants of depressed mothers"; en: *Developmental Psychology*; 190-202.
- FIELD, T.; PICHENS, J.; FOX, N.; NAWROCKI, T.; GONZALEZ, J. (1995) "Vagal tone in infants of depressed mothers", en: *Developmental Psychopathology*, Vol. 7: 227-231.
- FIELD, T.; SANDBERG, D.; GARCÍA, R.; VEGA-HAHR, N.; GOLDSTEIN Y GUY, H. (1985) "Pregnancy problems, post-partum depression and early mother-infant interactions"; en: *Developmental Psychology* Vol. 21, Nº10: 1152-1156.
- FREUD, S. (1917) "Duelo y melancolía", en: *Obras completas*, tomo XIV. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979.
- GENNARO, S. (1988) "Post part anxiety and depression in mothers of term and pre-term infants", en: *Nursing Research* 37:82-85.
- GENNARO, S.; YORK, R.; BROOTEN, D. (1990) "Anxiety and depression in mothers of low birthweight and very low birthweight infants birth though five months" Iss. Comp. *Pediatric Nurse* 13:97-109.

- GONZÁLEZ, M.A. (1996) “Acerca de la conflictiva familia en una unidad de cuidados intensivos neonatales”; en: *Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá XV* N°2: 87-91.
- INGLEBY, J.D., TANKE, M.J. (1995) “Prematurity stereotype . A sample of dutch mothers: do researchers suffer from a prejudicial parent stereotype”; en: *Infant Mental Health Journal Vol. 16*, N°3: 169-178.
- KAPLAN, D.M. Y MASON, E.A. (1960) “Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder”, en: *American Journal of Orthopsychiatry. 1962. 30*:539-547.
- LEBOVICI, S. (1983) “La génesis de la relación objetal en el niño”, en: *El lactante, su madre y psicoanalista*, Amorrortu editores. Buenos Aires, 1988 .
- LÉZINE, I. (1977), “Le devenir de l’ancien prématuré”; en: KESTEMBERG, E.; *Le devenir de la prématurité*, PUF psychiatrie de l’enfant , France.
- MILES, M.S.; FUNK, S. Y KASPER, M.A. (1992) “The stress responses of mothers and fathers of pre-term infants”, en: *Revs. Nurs. Health 15*:261-269.
- MILES, M.S.; FUNK, G. S. Y CARLSON, J. (1993) *Parental Stressor Scale: neonatal Intensive care Unit* , NR May / june 1993 VOL 42 N° 3: 148-152.
- MILES SHANDOR, M. Y HOLDITCH DAVIS, D. “Parenting the prematurely born child: pathways of influence”, en: *Seminars in Perinatology, Vol. 21*, N°3 June 1997; 254-266.
- MINDE, K. Y COLABORADORES (1983), “Effects of neonatal complications in premature infants on early parents-infants interactions”, en: *Developmental Medicine and Child Neurology 25*:763-777.
- PEDERSON, D.; BENTO, S. Y CHANCE, MB (1987), “Maternal emotional responses to pre-term birth”, en: *American Journal of Orthopsychiatry; Vol. 57*: 15-21.
- PICKENS, J.Y FIELD, T. (1995), “Facial expression and vagal tone of infants of depressed and no-depressed mothers”, en: *Early Development and Parenting Vol. 4* (2) : 83-89.
- POË, D.S. Y PINELLI, J. (1997), “Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units”, en: *Neonatal Network Vol. 16* N°1: 29-37.

WERCESZCZAK, J.; MILES, M. Y HOLDITCH DAVIS, D. (1997) “Maternal recall of the neonatal intensive care”, en: *Neonatal Network Vol. 16*: 1-8.

WILFONG, W. Y CONWAY SAYLOR, NICK E.L. (1991), “Influences on responsiveness: Interactions between mothers and their premature infants”, *Infant Mental Health Journal Vol. 12* :31-40.

Capítulo VII

El devenir futuro de los niños que nacieron prematuros. Resultados de nuestras investigaciones

7.1 Los primeros años de los niños que nacieron prematuros

Las investigaciones realizadas y la experiencia obtenida en el seguimiento alejado de estos niños, efectuado en la Clínica de Seguimiento de niños prematuros del Hospital Italiano de Buenos Aires, confirman la existencia de dificultades en su desarrollo en los primeros años de vida en comparación a los niños nacidos a término.

Estas diferencias son más complejas, si se combinan con otros factores de patología clínica del recién nacido prematuro, como una prolongada internación, oxigenoterapia domiciliaria, fallecimiento de uno de los niños en el caso de gemelos o nacimientos múltiples, entre otros.

Entre las dificultades encontradas se pueden señalar:

- dificultades en las conductas alimentarias, como la inapetencia
- trastornos de expresión funcional, como cólicos y trastornos del sueño,
- retrasos en el desarrollo psicomotriz, como alteraciones en el tono, retrasos en el logro de posturas, en la manipulación de los objetos, etc.
- retrasos en el área de expresión del lenguaje
- dificultades de comportamiento como la hiperactividad, que es confundida por los padres, asociándola con vitalidad.

- dificultades en la puesta de límites
- dependencia del niño, fijación a la madre, separaciones difíciles.

Estas dificultades no obstante son compensadas a lo largo de los primeros 3 años de vida del niño. Sin embargo en la mayoría de los niños recién nacidos de muy bajo peso y edad gestacional suelen manifestar en la edad escolar un nivel de inteligencia normal, expresado por C.I. normales pero con desniveles cognitivos e instrumentales, conflictos psíquicos que pueden estar relacionados con la prematuridad, y/o conflictos familiares que provocan complejas situaciones y que hacen que en algunos casos su desempeño escolar no sea satisfactorio a pesar de un C.I. normal.

7.2 Evaluación del desarrollo de RNMBPN de 2 a 30 meses de edad.

En una investigación realizada durante el año 1996 se evaluó el desarrollo neuropsicológico de niños nacidos con menos de 1500 gramos (R.N.M.B.P.N) aplicando la Escala Bayley de Desarrollo Infantil (BDI II) (n=42) realizándose comparaciones con un grupo control (n=37) (Ruiz, Fustiñana 1996).

La Escala Bayley de Desarrollo Infantil II (BDI II) es un precedente de la Escala Bayley de Desarrollo Infantil (BDI) que evalúa el desarrollo neuropsicomotor normal de niños de 2 a 30 meses de edad.

Esta escala está constituida por tres sub-escala:

- *Mental (MDI)* está destinada a valorar agudezas sensorio perceptivas, discriminaciones y habilidades para responder a las mismas; evaluación de la inteligencia sensorio motor de acuerdo a la teoría de Piaget, adquisición de la constancia de objeto permanente; memoria y habilidad para resolver problemas; desarrollo del lenguaje comunicativo y expresivo y las primeras evidencias de la habilidad para generalizar y clasificar. Los resultados de la administración de la Escala mental se expresan mediante el índice del desarrollo mental o MDI
- *Motora (PDI)* está destinada a proveer una medida del grado de control del cuerpo, coordinación motora gruesa y habilidades en la manipulación fina con manos y dedos; coordinación y destreza motora. Los resultados de la administración

de esta escala nos brindan un índice del desarrollo psicomotor que es designado como PDI.

- *Un registro de comportamiento (BRS)* se completa luego de la administración de las diferentes pruebas y permite valorar las características sociales, e interaccionales del niño; ofreciendo un registro objetivo de la relación de éste con su ambiente, expresado en actitudes, intereses, actividad y tendencia a aproximarse o alejarse de los estímulos. Este registro permite comparar la conducta del niño con la esperada para su edad cronológica.

El índice de desarrollo obtenido a través de esta Escala Bayley permite conocer las fallas que presenta el niño en su funcionamiento, permitiendo intervenciones tempranas que se orientan hacia las estimulaciones adecuadas a las necesidades del niño.

El propósito de este estudio fue describir el impacto de la prematurez sobre el desarrollo de niños nacidos con peso <1500 g, y asistidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Italiano, comparándolo con el de un grupo control de niños nacidos a término.

Una comparación con un grupo control es importante porque controla la influencia de factores sociales, y ambientales, examinando el status de los niños de riesgo, proveyendo una referencia para así poder comparar los resultados y obtener datos que serán analizados con posterioridad. Por otra parte es necesario cuándo se utiliza una escala no standarizada para la población de nuestro país.

De acuerdo a lo planteado anteriormente permitió conocer el desarrollo alejado de los niños nacidos prematuros asistidos en la institución mencionada.

El grupo de estudio incluyó 42 niños con un peso de nacimiento de 1160(\pm 350gramos) y una edad gestacional de 31(\pm 2.3 semanas) y la población de control estuvo constituida por 37 niños nacidos a término que concurrían a un jardín maternal (Agronomitos, dependiente de la Universidad de Buenos Aires, UBA), sin antecedentes perinatales destacables y con la misma edad y el mismo nivel socio-económico (medio) que los RNMBPN. Los pacientes y el grupo control se aparearon según edades. Dos observadores tomaron todas las pruebas a las edades corregida de 6, 12, 18 y 24 meses.

Clasificación por sexo

SEXO	GRUPO DE ESTUDIO (N=42) N %	GRUPO CONTROL (N=37) N %
Femenino	26 (62%)	18 (49%)
Masculino	16 (38%)	19 (51%)

Resultados de la EBDI II para el grupo de estudio niños prematuros n= 42

EBDI II	PUNTAJE DE REFERENCIA	6 MESES	12 MESES	18 MESES	24 MESES
MDI±DE	100±15	88,3±7,0	89,0±4,2	85,2±3,8	79,6±4,1
-1 DE	85	81,3	84,8	81,4	75,5
-2 DE	70	74,3	80,6	77,6	71,4
PDI±DE	100±15	77,1±4,6	81,4±4,5	90±4,5	84±7,4
-1 DE	85	72,5	76,9	85,5	76,6
-2 DE	70	67,9	72,4	81	69,2

Resultado de la EBDI II para el grupo control (n=37 niños)

EBDI II	PUNTAJE DE REFERENCIA	6 MESES	12 MESES	18 MESES	24 MESES
MDI±DE	100±15	98±5,2	101±5,1	106±4,3	96,7±6,7
-1 DE	80	92,8	95,9	101,7	90
-2 DE	70	87,6	90,8	97,4	83,3
PDI±DE	100±15	96,7±5,4	95±6,9	95±6,9	97,8±5,2
-1 DE	85	91,3	101,2	88,1	92,6
-2 DE	70	85,9	97,4	81,2	87,4

Registro de comportamiento (BRS) en ambos grupos

Grupo de estudio (niños pretérmino) (n=42 niños)
 En las 4 etapas (6, 12, 18 y 24 meses)
 encontraron dificultades en:

REGULACIÓN EMOCIONAL

- 2 niños no lograron resultados óptimos en relación a lo esperado para su edad.
 - 8 niños fueron cuestionables.
-

CUALIDAD MOTORA

- 18 niños no adecuado para su edad.
 - 8 niños cuestionables.
-

Grupo control

Grupo control (n=37 niños)

La totalidad mostró un comportamiento adecuado para su edad

Según estos resultados los RNMBPN presentan puntajes consistentemente menores que los del grupo control de niños nacidos a término.

Analizando cualitativamente el desempeño de los ítems de las escalas observamos que a los *6 meses de edad corregida* presentan mayores alteraciones del tono muscular, retrasos en cambios posturales, menor proporción de juegos corporales y con objetos, retraso en la aparición del balbuceo y en el inicio de conductas de separación madre-bebé. *A los 12 meses de edad corregida* una menor exploración del espacio, menores imitaciones y vocalizaciones, trastornos de sueño. *A los 18 meses de edad corregida* un menor nivel de lenguaje expresivo que comprensivo, menor juego funcional y simbólico, mayores signos de hiperactividad, retrasos en la coordinación visomotora. *A los 24 meses de edad corregida* menor nivel de juego, retraso en destrezas perceptivo-motoras, lenguaje más pobre, mayores dificultades ante la separación, dificultades en la organización de la conducta, trastornos de sueño.

En síntesis podemos decir que el grupo de niños prematuros tuvieron mayores dificultades en el desempeño motor durante los

primeros meses de vida. Esto se debía a ciertos indicadores de hiper o hipotonía que interferían en las orientaciones y en la calidad de las interacciones del niño con su ambiente. Esto también fue registrado en el BRS. De acuerdo con lo planteado en la primera parte en relación al recién nacido prematuro y la inmadurez de sus diferentes subsistemas, se observó en el grupo de niños prematuros, mayores dificultades a nivel de comportamiento, sobre todo en la cualidad motora de sus movimientos, pero que luego podía mejorar. En relación a la escala mental las dificultades surgen a los 24 meses en los que se observa un menor nivel en el desarrollo del lenguaje expresivo. A pesar de estos resultados sería injustificado pensar que todos los niños prematuros presentan dificultades; sin embargo la prematurez es un escollo que deben superar a lo largo de su desarrollo.

Estos aspectos llevan a reflexionar sobre los esfuerzos que deben realizar los niños prematuros para unir e integrar sus aspectos corporales, afectivos y madurativos, como así también la importancia que adquieren los primeros vínculos e interacciones con sus padres, ligadas ambas a la construcción de lo corporal.

7.3 Los niños nacidos prematuros en edad escolar

En una investigación realizada durante los años 1993/94, con niños nacidos prematuramente con un peso inferior a 1500 gramos en el Hospital Italiano de Bs As., se evaluó el crecimiento corporal y los trastornos que pudieran perturbar su proceso de aprendizaje en la edad escolar (Rodríguez, Elizondo, Fustiñana, Ruiz, 1994). Se evaluaron 25 niños de los cuáles 15 fueron mujeres y 10 varones, en edades comprendidas entre 5 y 14 años.

Técnicas administradas

Las pruebas aplicadas fueron:

TÉCNICAS GRÁFICAS: Dibujo de la figura humana, test Gestáltico Visomotor de Bender, Escala de Inteligencia para niños de Weschler (Wisc).

Observaciones de la conducta durante la administración de las pruebas.

Procedimiento

Las evaluaciones fueron realizadas “a ciegas”, desconociéndose los antecedentes perinatales, neonatales y pediátricos, como

así también ciertos datos familiares, que podrían haber influido en el análisis de los resultados.

Interrogados los niños acerca de “qué significa haber nacidos prematuros”, la mayoría se refirió al tamaño “tan chiquitos que entraban en la palma de la mano”. Sólo una niña de 13 años, cuyo único hermano también había nacido prematuro, hizo referencia a menor tiempo de gestación.

Otra niña de 12 años cuya hermana también fue prematura pero con patología orgánica (Parálisis cerebral) contestó que su hermana era prematura en referencia al handicap.

Las evaluaciones fueron realizadas en el servicio de Neonatología, esto motivó que los niños “conocieran”, el lugar y las personas que los cuidaron cuando nacieron.

Los padres y en especial las madres expresaron sentimientos de dolor, angustia, miedos, etc. sentidos durante la internación de sus hijos y los difíciles momentos que habían atravesado durante los primeros años de vida de los mismos.

Desde lo socio-económico, estas familias pertenecían a una clase media, y el nivel educacional que las madres tenían era un 56% de universitario completo.

Análisis de los resultados

- DFH (evaluado según Koppitz)

n=22 Nivel madurativo = acorde a la edad 55%
inferior a la edad 45%

Presencia de ítems emocionales= 71%

- Test GV de Bender

n=22 Maduración visomotora = acorde a la edad= 59%
inferior a la edad= 41%

indicadores de organicidad = ausencia 27%
presencia de 1 ítems muy significativo=46%
presencia de 2
ó más ítems = 27%

- Test de Inteligencia para niños WISC

n=22 Coeficiente de inteligencia (C.I.):

Inteligencia Superior	= 11%	Normal baja	= 44%
Normal alta	= 11%	Limitrofe	= 6%
Promedio	= 28%		

Escala Verbal: En general los resultados en la mayoría de los niños fue superior, que en las pruebas de ejecución. Cabe destacar que tres niños que alcanzaron mejores resultados en las pruebas de ejecución pertenecían a familias que estimulaban positivamente las actividades plásticas.

Fue significativo el bajo desempeño que se obtuvo en las pruebas que evaluaban atención y concentración; así 56% de los niños encontraron dificultades.

Escala de Ejecución: aquí se encontró mayores dificultades, porque el 56% de los niños manifestaron dificultades en las pruebas de coordinación visomotora y el 61% en las de organización visual.

Reflexiones acerca de los datos obtenidos

Los resultados obtenidos, permitieron conocer el desempeño de estos niños en las siguientes áreas:

- Nivel de información, desde lo cuantitativo fue superior a lo esperado para su edad, pero resultó significativo la actitud que tomaron durante la evaluación como si estuvieran “en espera de qué era lo que el evaluador deseaba de ellos” o “alcanzaban una mejor performance si sentían que el evaluador los estimulaba, y contenía, transformándose en un Yo auxiliar de sus producciones.” Así la dispersión en sus puntajes surgía como elemento diagnóstico diferencial en algunos niños que pedían constantemente aprobación y sentían que no podían responder a lo que suponían “era lo esperado”, y como consecuencia se esforzaban en lograrlo.
- En el área gnósica-práctica, se observaron las mayores dificultades, como fallas en la integración visomotora y perceptuales.
- En el área simbólica (análisis del ordenamiento temporal-espacial, nivel expresivo, definición de términos y conceptos) se observaron dificultades en el pasaje de un pensamiento abstracto a otro quedando ligados en el plano concreto y familiar.

Estos resultados fueron correlacionados con observaciones realizadas en el vínculo madre-niño, y con los datos aportados por la asistente social en las entrevistas realizadas con los padres, en especial con las madres, de las cuales se planteó una dependencia y sobreprotección materna.

En relación a los dibujos de la figura humana fue significativo las dificultades que encontraron algunos niños en realizar el di-

bujo de una persona. a) Uno de ellos solo pudo dibujar una cara con características de monstruo. b) Otra niña dibujó las diferentes partes del cuerpo en hojas separadas y pidió algo “para pegarlas”, entrando en un estado de gran preocupación cuándo se le contestó que no tenía los elementos que solicitaba, c) Otro niño dibujó un monstruo como dibujo de la figura humana. Sin embargo en el resto de las pruebas administradas lograban un buen desempeño.

Estas observaciones y resultados llevaron a reflexionar sobre las experiencias vividas corporalmente por estos niños en forma temprana, y como pudieron quedar registradas en su representación corporal, en especial teniendo en cuenta que cuando nacieron aún no existían los usos de los surfactantes y no había aún una clara conciencia acerca de la sobreestimulación del prematuro.

En una gran parte del estudio de estos niños y sus padres se encontró lo descrito por Solnit y Green, citados por A Carel (1977), quienes se refieren a un “síndrome del niño vulnerable” o de “Peter Pan” (F. Vizziello, 1992), que se instala en los inicios de una enfermedad que amenaza la vida de los niños durante el primer año de vida y cuyos padres efectúan un duelo anticipadamente ante la posible muerte del niño.

Si se combinan estas representaciones del niño con otros aspectos que hacen a la vida “fantasmática” de los padres (por ej. muertes recientes de seres queridos, embarazos no esperados, etc.) ésto aumenta la sensibilidad de los mismos ya que la amenaza real, reactiva los fantasmas de muerte, dando lugar a un trauma que se expresará como temor a toda pérdida del hijo. Sus efectos psíquicos persisten a lo largo de todo el desarrollo del niño e influyen en los procesos de separación-individuación (Mahler, 1975) y el ingreso escolar será vivido por los padres como una separación angustiada, reviviendo ante el temor de la amenaza por la pérdida del mismo.

El niño percibe que los padres lo estiman “vulnerable” y actúa desde aquí, manifestando un “comportamiento de riesgo” que refuerza la sobreprotección o expresando en “el plano somático”, ciertos síntomas que dan origen a múltiples consultas pediátricas y a cambio ellos reciben un trato especial, por ej. quieren estar en la cama de los padres, una admiración sobredimensionada de sus logros a costa de organizar un Falso Self (Winnicott, 1960) y modalidades obsesivas o inhibidas para enfrentar su vida.

Las dificultades encontradas en el área gnósica-práxica, son semejantes a las descriptas por Irène Lézine y el Dr. Bergès (1977) con relación al “síndrome tardío del antiguo prematuro”, y se describen las alteraciones que presentan los niños en la estructuración espacial y el conocimiento del propio cuerpo, con las concomitantes dificultades de orientación, que pueden traducirse en perturbaciones en la lectura y en la escritura. El examen neurológico “tradicional”, no determina lesiones sistemáticas.

7.4 Niños vulnerables: niños en riesgo

La lectura de investigaciones realizadas en los últimos años enfatizan la falta de una etiología patológica única para determinar las dificultades en el desarrollo encontradas en algunos niños nacidos de muy bajo peso gestacional. Por otro lado los avances de la neonatología, permiten organizar una prevención acerca de las secuelas orgánicas de estos niños.

La búsqueda de factores de influencia ambientalista como nivel socio-económico o educación materna, que remiten las investigaciones americanas para el seguimiento alejado de estos niños, permiten pensar que su destino no depende solamente de cuestiones biológicas sino de una sumatoria de factores que pueden ser estudiados para lograr una mejor calidad de vida.

¿Se puede señalar “la prematurez del niño”, como “un estado de vulnerabilidad” para éste?. El concepto de vulnerabilidad puede ser relacionado al de “fragilidad”. J. Anthony (citado por Lebovici, 1989 p.377) quién en su obra “L’ enfant vulnérable” plantea tres ejemplos para graficar este concepto así, sí se le pega con un martillo (los riegos) a tres muñecos de diferente material, el primero, es de hierro y no se altera; el segundo es de vidrio y se rompe; el tercero es de plástico, y a veces se deforma; si se considera este aspecto, la vulnerabilidad estaría relacionada con los diferentes materiales.

Anthony, plantea que en el ser humano esto es mucho más complejo porque esta “vulnerabilidad, fragilidad” puede ser definida como un estado de mínima resistencia a las lesiones y a las agresiones, siendo sostenida por mecanismos biológicos y psicológicos pasados y presentes.

A su vez, ésta puede adquirir características temporales o definitivas, siendo el resultado que se obtenga por las interacciones entre los mecanismos ligados a los factores genéticos que se ma-

nifestarían como base del sujeto y los factores ambientales asociados a la historia del individuo. De esta manera se puede asociar a términos como fragilidad, como una predisposición a determinados disfuncionamientos tanto psicológicos como somáticos.

Anthony también describe a los “bebés invulnerables” (citado por Lebovici, 1989, p.445) como niños que logran enfrentar diferentes circunstancias y resisten diferentes traumatismos, expresando una dinámica particular de adaptación, de mecanismos de defensa y de capacidades.

Sin embargo A. Miller en su libro “El drama del niño superdotado”, ha demostrado lo costoso que suele ser para algunos de éstos niños ser exitosos, ya que el precio es la constitución de lo que Winnicott denominó “falso self”.

De acuerdo a estos autores mencionados, la vulnerabilidad o invulnerabilidad en etapas tempranas estaría en relación con las interacciones precoces y la calidad de intercambios entre el bebé y las personas dedicadas a su crianza. Como así también a otros aspectos ligados a factores genéticos como puede ser el temperamento.

Esto se vincula a otro aspecto relacionado a la noción de “indicadores de riesgo”. El estudio de los riesgos y sus indicios se refiere más a un enfoque epidemiológico.

Según Lebovici (p. 378,1989) señala que el riesgo evocaría la incertidumbre surgida de la confrontación del niño con una tensión ambiental o interior.

Los “indicadores de riesgo”, permiten identificar individuos o grupos expuestos a los mismos y planificar intervenciones para superarlos” Por ejemplo E. M. Backett (citado por Lebovici,1989) menciona tres indicadores que aluden al futuro de la salud del recién nacido: 1) puntaje de APGAR, como indicio de un peligro o secuela para el niño; 2) riesgo de parto prematuro; 3) las particularidades de las interacciones precoces. Otros pueden ser nivel socioeconómico, educación materna, etc.

Los indicadores de riesgo constituirían puntos de referencia y no “síntomas de patología”; implicarían signos de alarma que permitirían una detección precoz, conteniendo en sí un estado potencial que solo más tarde podrá ser revelado y como consecuencia éstos entrarían en el campo de la prevención.

Por lo tanto los mismos factores de riesgo aumentan con la vulnerabilidad de los niños. Ya que la influencia de los primeros será más significativa en aquellos “niños vulnerables”. Por lo tanto más que hablar de factores de “riesgo”, se podría denominar si-

guiendo la expresión de Lebovici(1989), “niños en riesgo”. En consecuencia se puede considerar a los “niños nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer como niños “vulnerables” desde lo biológico por los cuidados que requieren luego de su nacimiento y por otra parte de acuerdo a lo desarrollado en el capítulo sobre la paternidad prematura, se puede señalar una vulnerabilidad no sólo del niño sino de sus padres en especial su madre. Esto crea una espiral transaccional en donde “bebés vulnerables tendrían padres vulnerables y padres vulnerables tendrían bebés vulnerables”.

La crisis que promueve en los padres el nacimiento antes de tiempo por lo irruptivo de la situación y los esfuerzos de adaptación y organización posteriores a estos primeros momentos traumáticos, hablarían de una vulnerabilidad de los padres en especial la madre que debe separarse de su hijo en momentos en los cuales no se encuentra preparada y atravesar diferentes duelos.

Los estudios realizados anteriormente con niños nacidos RNMBPN en su primera infancia y edad escolar señalaría una suerte de vulnerabilidad biopsíquica en algunos niños. Así la situación especial de padres vulnerables y niños vulnerables plantearía una dinámica de acciones específicas y recíprocas implicando una situación de “niños y padres en riesgo” en el caso de aquellos nacidos con muy bajo peso y edad gestacional

7.5 Conclusiones

Estas investigaciones preliminares llevaron a reflexionar sobre la necesidad de organizar programas de intervención psicológica los que se desarrollarían sobre el recién nacido prematuro, sus padres y demás miembro de la familia implementados desde la internación en la unidad de cuidados intensivos.

Siguiendo los planteos de autores como Stern (1995) y Winnicott (1960) en relación a la díada madre-bebé, sería necesario brindar apoyo y orientación a las madres en relación a los primeros acercamientos con el niño. Esto permitiría la reorganización de las representaciones del hijo y de ellas como madre, produciéndose en consecuencia un fortalecimiento de las funciones maternas.

De acuerdo a lo desarrollado en el capítulo sobre el cuerpo del bebé, el niño posee capacidades precoces para establecer un vínculo y un apego, por ejemplo el reconocimiento del olor ma-

ternal puede desencadenar reacciones de bienestar (mímica de distensión-sonriente) susceptible de provocar a su vez actitudes afectuosas en la madre.

Así se puede plantear que el niño crea y organiza en parte los procesos interactivos ya que las características del niño activan, modelan y sostienen las funciones maternas.

Las distintas formas de sostener el cuerpo y manipularlo son captadas por el bebé prematuro a través de receptores cutáneos y propioceptivos, provocándole sentimientos de seguridad y confianza. El estado afectivo materno puede interferir en el movimiento rítmico del cuerpo provocando diferentes reacciones en el bebé como la emergencia de conductas de estrés con el fin de poder lograr un estado de autorregulación. Así las acciones preventivas se orientarían a los dos polos interactivos bebé-padres en especial la madre. De esta manera se facilitarían los procesos interactivos y las representaciones del bebé y de ellos como padres.

Esta atención debería asumir una determinada formación del especialista a cargo de la díada madre-bebé y en especial en aquellos prematuros extremos por los esfuerzos que debe realizar el niño, ya que su inmadurez para vivir en un ambiente extrauterino le exige un esfuerzo de adaptación, situación en la que las máquinas vienen a su auxilio (respirador, saturómetro, monitores cardíacos, etc.) A su vez su inmadurez por lo señalado anteriormente requiere un tipo de acercamiento y contacto muy delicado en función de su estado clínico y gestacional. En consecuencia abordajes clínicos psicológicos llevados a cabo desde la internación neonatal deberían tomar como eje de sus acciones, al recién nacido prematuro, a los padres y a su entorno familiar.

7.6 Bibliografía

- BAYLEY, N. (1993) *Bayley Scales of infant Development (Manual)* Second edition, The Psychological Corporation, San Antonio USA.
- CAREL, A. (1977) “Le “nouveau-né à risques et ses parents. Etude psychodynamique”, en: KESTEMBERG, E., *Le devenir de la prématurité*, PUF Francia; 125-164.
- CRONIN, C.; SHAPIRO, C.R.; CASIRO, O. Y CHEANG, M. (1995) “The impact of very low-birth weight infants on the family is long lasting”, en: *Arch. Pediatr. Adolesc.*, Med/vol 149, feb 1995.

- FAVA VIZZIELLO, G.; DE ROCCO, G. Y ZINGARELLO, C. (1992) “4.3 Aspectos psíquicos y relacionales”, en: FAVA VIZZIELLO, ZORZI Y BOTTOS (comp.)(1993), *Los hijos de las máquinas*. Nueva Vision, Buenos Aires; 177-280.
- LEBOVICI, S. (1989) “El bebé vulnerable: evaluación de los riesgos”, en: (1995) *La psicopatología del bebé*. Siglo XVI, Buenos Aires; 377-382.
- LÉZINE, I. (1977) “Le devenir de l’ancien prématuré”, en: KESTEMBERG, E. (comp) *Le devenir de la prématurité*, PUF Francia; 59-78.
- MHALER, M. (1975) Parte II . “Sobre la simbiosis humana y las subfases del proceso de separación – individuación”, en: (1984) *El nacimiento psicológico del infante humano*, Ediciones Marymar, Buenos Aires.
- RODRIGUEZ, ELIZONDO, M.; RUIZ, A. D. Y FUSTIÑANA, C. (1995) “Desarrollo y crecimiento en niños nacidos con un peso inferior a 1.500g.”, Beca de Investigación otorgada por la Sociedad Argentina de Pediatría (S.A.P).
- RUIZ, A.; FUSTIÑANA, C; RODRÍGUEZ, D. C. Y CRAVERI, V. (1996) “Evolución de pretérminos de menos de 1.500g mediante la Escala Bayley II apareados con un grupo de control”, II Jornadas Interdisciplinarias de Seguimientos de Recién Nacidos de Alto Riesgo, S.A.P., Buenos Aires.
- STERN (1995) “Tercera parte: Síntesis”, en: *La constelación maternal*, Paidós, Barcelona 1997; 209- 248.
- WINNICOTT, D. W.(1960) “Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso”, en: (1981) *Proceso de maduración en el niño*, Editorial LAIA ,Barcelona ; 164-183.
- (1960) “La teoría de la relación paterna filial”, en: *Proceso de maduración en el niño*, Editorial LAIA, Barcelona (1981); 41- 72.

Parte II

La creación de un
espacio psicológico
en las unidades de
Cuidados Intensivos
Neonatales

Capítulo VIII

Programas de intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres

8.1 Introducción

El enfoque sobre la atención brindada al recién nacido prematuro en las Unidades de Cuidado Intensivo, ha fluctuado desde un estricto cuidado médico del niño hasta la atención de ciertas prácticas ligadas a su desarrollo neuroconductual y el vínculo con sus padres y familia.

En los capítulos anteriores se explicó la situación especial que los recién nacidos prematuros plantean para el equipo de atención de las unidades de cuidado intensivo, ya que los mismos necesitan “cuidados intensivos” para un organismo esencialmente sano, pero inmaduro. Al llegar a un medio extrauterino no pueden mantener sus propios sistemas básicos de conservación de la vida por que éstos son provistos por la unidad de cuidados intensivo neonatal.

Esta situación especial de cuidados que requieren, dió lugar a la creación de diferentes programas de intervención. Éstos sufrieron varias modificaciones que fueron acompañando las inquietudes del equipo de cuidadores de estos niños tan inmaduros.

En las pasadas dos década, una variedad de intervenciones fueron aplicadas sobre los recién nacidos prematuros, con el fin de compensar su inmadurez y su limitada experiencia intrauterina. Diferentes orientaciones han sido guía de estas intervenciones.

8.2 El prematuro como un deprivado sensorial: La estimulación “adicional”.

La primera orientación: “el prematuro como un deprivado sensorial” se desarrolla entre 1960/1970 y plantea que los niños nacidos prematuramente no han tenido experiencias intrauterinas suficientes como para completar su crecimiento y su desarrollo. Era necesario entonces compensar su falta de estimulación de experiencias tempranas (Kramer, Chamorro y Knudtson, 1975, Solkoff y Matuszak, 1975, citados por Wyly, Allen y Wilson, 1995).

Las investigaciones realizadas con bebés prematuros de la época citada, planteaban una *deprivación sensorial* de éstos y debía ser compensada con estimulación suplementaria como la táctil, la visual, la auditiva, la kinestésica y la estimulación multimodal. Las intervenciones sensoriales empleadas variaban considerablemente en relación a intensidad y duración de la estimulación.

De acuerdo con estas investigaciones, en las que se basaba esta primera orientación, los modelos de intervenciones intentaban equiparar los neonatos pretérmino con los a- término, basándose en que un recién nacido prematuro es un bebé de riesgo por sus problemas de inmadurez biológica y de comportamiento.

La posibilidad de proveer estimulación extra, tenía como objetivo mejorar a corto y largo plazo los niveles de su desarrollo, (Wyly, Allen y Wilson, 1995). En su efecto, la mayoría de las publicaciones de esta época describían como brindar estimulación complementaria, variada en intensidad y duración de la estimulación. Esta era aplicada en bebés prematuros de más de 1000 gramos, estables clínicamente, excluyendo en sus programas a los recién nacidos de riesgo o con patología.

Las investigaciones realizadas para evaluar la eficacia de las estimulaciones tomaban una variedad de medidas de resultados que eran incluidas, tales como el peso al nacer, tiempo de hospitalización, performance cognitiva y sensorial, que eran evaluadas al darles el alta (Bernnett, 1987, citado por Wyly, Allen y Wilson, 1995). La mayoría de éstas medidas brindaban resultados positivos, como ganancia de peso y menor tiempo de hospitalización.

En 1976 Cornell y Gottfried (citados por Wyly, Allen y Wilson, 1995), modificaron el modelo de deprivación sensorial, argumentando la necesidad de conocer el nivel de estimulación que recibía el prematuro en la UCIN antes de proveer estimulación complementaria al bebé; sostenían la necesidad de observacio-

nes y evaluaciones sistemáticas del ambiente extrauterino antes de ofrecer al bebé estimulación suplementaria

8.3 El prematuro como inmaduro: El cuidado del medio ambiente extrauterino

Debido a los aportes de Cornell y Gottfried, citados anteriormente, en la década de los 80 las investigaciones se orientaron hacia el estudio del impacto a mediano y largo plazo de los cuidados tecnológicos, más que en la estimulación que se podía brindar al recién nacido.

Pero posteriormente fueron surgiendo estudios sobre el medio ambiente invasivo para el inmaduro pretérmino, en las unidades de cuidado intensivo. Investigadores como Gottfried y Gaiter (1985, citado por Wyly, Allen y Wilson, 1995), observaron los efectos que producía sobre la conducta del bebé la reducción en la estimulación del medio ambiente.

Esto acarrió como consecuencia un mayor cuidado y estudio tanto en la cantidad, como en la calidad de las estimulaciones que recibía el bebé como en las maniobras de intervenciones brindadas por el equipo de cuidado (médicos y enfermeros).

Dentro de esta línea Gorski, Huntington y Lewkowicz (1983) realizaron un estudio experimental que tenía el objetivo de conocer los efectos del medio ambiente y de los cuidados brindados sobre el crecimiento cerebral y la organización del sistema nervioso central (SNC) del bebé prematuro.

De acuerdo con estos autores, la práctica neonatal no siempre vigila las fluctuaciones en el riesgo cerebral o en muchos casos incluso ni la oxigenación periférica.

Para demostrar el valor potencial de la vigilancia de los efectos de los cuidados en el funcionamiento del sistema nervioso central de los niños pretérmino, se estudiaron los signos de perturbación fisiológica en relación a diversas intervenciones asistenciales.

Los citados autores evaluaron la relación de la cantidad y tipo de contacto respecto a la incidencia de bradicardia en prematuros hospitalizados, determinando que la estimulación táctil cuando el bebé está comprometido fisiológicamente, puede potenciar la vulnerabilidad subyacente dando lugar a episodios de bradicardia.

Estos resultados influyeron para que comenzara a realizarse en los años 80 y 90, una serie de estudios con el objetivo de investigar los efectos que los cuidados especiales y del ambiente

de las unidades de cuidados intensivos, tenían sobre el desarrollo de los niños prematuros. El equipo de las unidades de cuidados intensivos comenzó a interrogarse acerca de los cuidados brindados al niño durante la internación en UCIN, como los citados en el trabajo de Gorski y colaboradores (1990). Estos plantearon como resultado, nuevas cuestiones, que llevaron a ocuparse de la atención individualizada y necesidades especiales de estos niños inmaduros.

8.4 La asistencia individualizada del prematuro

Dentro de esta orientación se encuentran los trabajos de Als (1986), pionera en esta área, quien planteó la necesidad de evaluaciones e intervenciones individualizadas de la conducta del prematuro y se ocupó del estudio y evaluación de las capacidades de autorregulación e indicadores de estrés del niño, (descriptas y desarrolladas en el cap. 4 “El lenguaje corporal del bebé prematuro: pensar al bebé”). Estas capacidades serían la base para la elaboración de un plan de cuidados al que incluye modificaciones del ambiente. Als y colaboradores (1986) proponen, también un plan de cuidados para el bebé prematuro en el que se incluye a los padres en la atención del niño.

Surge así una nueva corriente en la atención de neonatos prematuros centrados en el cuidado individualizado del desarrollo del bebé, a partir del respeto por los signos que expresa el niño. Como consecuencia de esta orientación se da una modernización de la asistencia neonatal centrada en la asistencia individualizada del recién nacido prematuro. La misma se lleva cabo a través de observaciones naturales del bebé que permiten conocer las características de cada uno, en qué momento evolutivo se encuentra y cómo y cuándo intervenir.

A través de este tiempo de “observación individualizada” el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos incorpora a la asistencia “el importante concepto de definir en forma individualizada las mejores estrategias de atención para cada bebé” (Martínez, 1996)

8.5 La asistencia psicológica a la familia del prematuro

En los últimos años, se han comenzado a realizar investigaciones sobre la base de diferentes abordajes clínicos en los que

el eje de éstos no sólo es el desarrollo y maduración del recién nacido prematuro, sino también, las necesidades psicológicas de los padres y otros miembros de la familia.

Estos cambios se fueron dando a medida que surgieron a luz la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que determinaban el futuro desarrollo de estos niños. Este desarrollo no depende sólo del estado clínico del niño, complicaciones pre y post natales, ambiente y cuidado de las unidades de cuidado neonatal, sino también de los vínculos que establece el bebé con sus padres. Este último se encuentra en estrecha relación con los estados afectivos que suelen presentar los padres durante la internación del hijo, por ejemplo estrés, depresión paterna, falta de comprensión de las características del bebé, y falta de soporte y apoyo del entorno en estos momentos críticos.

Este giro en la mirada, implica una visión más integradora al considerar diferentes aspectos que sirve para poder ayudar al futuro desarrollo del niño y traería aparejado en consecuencia una mayor humanización de las terapias intensivas neonatales, que de por sí son situaciones muy complejas. Como lo señala Fava Vizziello (2000), a pesar de una mayor concientización por parte de los neonatólogos y enfermeras sobre la importancia de los vínculos tempranos entre el recién nacido y sus padres, se pueden encontrar diferencias entre un servicio y otro así como también en el mismo servicio que son el reflejo de variaciones de actitud en relación a otros factores como un cambio de jefe, de organización de horarios o el seguimiento de un protocolo de investigación, etc. Estas modificaciones diarias, pueden traer en consecuencia, una pérdida de ciertos logros alcanzados en el servicio en relación a la “humanización de la terapia intensiva”. Un servicio construido para las urgencias y el cuidado de lo somático puede hacer olvidar las interrelaciones entre cuerpo y psyche.

A su vez la inclusión de los psicólogos, en dichos servicios adquiere diferentes modalidades de acuerdo con la historia del servicio y tipo de colaboración que entre diferentes profesionales se ha establecido. En algunos casos el apoyo y sostén psicológico brindado a los padres y al niño está a cargo del personal de enfermería y neonatólogos, los que consideran a las especialidades psicológicas, como interconsultores de aquellos casos que revisten alguna dificultad o como supervisores de grupos de reflexión llevados a cabo con el equipo de atención del niño. Se reseñará a continuación diferentes programas y modalidades de intervención.

8.6 Programas de Intervención sobre recién nacidos prematuros y sus padres. Revisión de la bibliografía

Patteson y Barnard (1990) realizaron una revisión bibliográfica sobre 19 estudios realizados entre 1970 y 1980 de intervenciones realizadas con recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y la relación con sus padres.

Estos estudios se centraron en mejorar el nivel de desarrollo de los niños a través del trabajo conjunto con los padres y el bebé prematuro

En todos los estudios se excluyeron niños con enfermedades congénitas, malformaciones o problemas graves como hemorragia intraventricular grado IV, severa displasia broncopulmonar, y otros.

Los programas variaron en los siguientes aspectos:

- marco teórico
- profesional a cargo de la intervención
- tiempo de intervención y duración de la misma
- frecuencia de contactos con el equipo de salud

Estos programas intentaron modificar la interacción padres-bebes prematuros y consideraron los aspectos ligados a la paternidad de un hijo diferente al esperado, a través de:

- Desarrollar conocimiento parental y sensibilidad acerca de las características de los bebés prematuros
- Comprender el estado clínico del bebé y cuidados diarios
- Estimular la estabilidad y organización del bebé y formas de desarrollar su potencial
- Estimular el vínculo y la mutualidad entre los padres y el bebé

Los estudios que plantearon programas de estimulación sobre el prematuro, como posiciones adaptadas a sus capacidades de regulación y contacto extra, fueron desarrolladas como técnicas del programa de intervención. Las mismas se iniciaban durante la hospitalización y cuando el estado clínico del bebé lo permitía, brindando asesoramiento a los padres (Klaus y Kennell, 1982, Minde y colaboradores, 1983/1980, Field, 1980, citado por Patteson y Barnard, 1990).

Los contactos con los padres consistían en entrevistas cada 15 días, en asesoramientos específicos ante el alta del bebé o en reuniones semanales en las que se les brindaba información sobre el cuidado de los niños y su desarrollo.

Por ejemplo en el programa de intervención de Resnick, Armstrong & Carter (1988, citado en Patteson y Barnard, 1990), la estimulación brindada a los niños era dada por miembros del equipo de intervención y los padres recibían soporte emocional por otros integrantes del equipo.

Minde, Shosenberg, Marton y colaboradores (1980 /1983, citado en Patteson y Barnard, 1990), incluían a los padres quienes participaban en grupos de apoyo coordinados por una enfermera y una madre “veterana”, o sea una madre que había tenido un hijo prematuro.

En relación a la evaluación de los resultados de los diferentes programas estudiados por Patteson y Barnard (1990), todos incluyeron en sus evaluaciones los siguientes indicadores:

- salud del niño, incluido peso y tiempo de internación
- organización de la conducta del bebé
- comportamiento de los padres como porcentaje en la calidad y cantidad de las caricias que ofrecían a su bebé, si le hablaban, número de visitas ; actitudes y sentimientos parentales de confianza, satisfacción, etc.
- interacción padres bebés , como observaciones durante la alimentación o el juego.
- cualidad del ambiente familiar
- desarrollo neuromadurativo del bebé y presencia de retrasos en el desarrollo detectados durante el seguimiento de estos niños

Las evaluaciones de los niños a largo plazo mostraron resultados positivos en las escalas de maduración como las Escalas de Desarrollo Infantil de Bayley.

De todas las intervenciones, las que pudieron continuarse después del alta del niño, resultaron ser más positivas en sus resultados.

Si bien, en casi todos los programas, la atención dada a los padres consistía en sensibilizar, brindar conocimientos y desarrollar habilidades paternas acerca de la crianza de niños pequeños, esto trajo aparejado un significativo apoyo emocional para ellos produciéndose una actitud positiva, porque se sentían involucrados en el cuidado de sus hijos, favoreciendo la paternidad y la interacción padres-bebes prematuros.

Por otro lado los grupos que más se beneficiaron en estos programas fueron aquellos que incluían poblaciones de menores

recursos socio-económicos y los de recién nacidos de muy bajo peso al nacer.

8.7 NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

Los aportes de la Dra Als (1989) fueron muy importante en relación a la comprensión del neonato prematuro y de riesgo como se mencionó anteriormente. Esta autora se basa en una teoría sinactiva del desarrollo neuromadurativo del neonato prematuro.

Sobre la base de este modelo teórico de organización del comportamiento, desarrolló un instrumento de evaluación del prematuro (Als, 1989) con el objetivo de planificar intervenciones médicas y de cuidado, como así también orientar las interacciones sociales con el bebé y dando lugar al Programa Individual de Evaluación y Cuidado neonatal para el desarrollo del prematuro (NIDCAP) (Als, 1995).

Según Als (1997), el bebé prematuro es un participante activo en su propio cuidado, colaborando con él mismo y esto se produce por sus esfuerzos para continuar el desarrollo fetal iniciado en el útero. De ahí que se pueden detectar en el recién nacido prematuro ciertas conductas de autorregulación (Als, 1989) que le permiten mantener un equilibrio homeostático de los diferentes subsistemas como el autónomo, el motor, la organización de los estados y la atención. También se pueden observar los esfuerzos que realiza el neonato prematuro para evitar estímulos invasivos o sobreestimulaciones como son sus conductas de estrés o evitación (Als, 1989).

Este programa plantea que la conducta del niño nos da la mejor información sobre la cual basarnos para plantear un plan de cuidado del mismo y orientada al desarrollo de sus potencialidades (Als 1997).

La información brindada por observaciones detalladas y evaluaciones del neonato son usadas para estimar el soporte que puede ser útil para facilitar el neurodesarrollo y organización de la conducta del bebé frente a las intervenciones médicas y de enfermería.

El acento en este programa está puesto en cómo el prematuro enfrenta sus experiencias en este mundo (fuera del útero), más que evaluar sus habilidades como se podría hacer en un recién nacido a término (Als, 1989).

El Programa NIDCAP incluye una sistemática metodología de detalladas observaciones “naturales” de la conducta del bebé que permiten una comprensión de las mismas y orientan en la elección de estrategias de cuidado del bebé a partir de las necesidades individuales del mismo.

Las observaciones detalladas documentan el lenguaje del bebé a través de tres canales de comunicación: el sistema autónomo, el sistema motor y la organización del estado de bebé.

Este programa plantea que el bebé tiene estrategias disponibles para dirigirse y tolerar estímulos (comportamientos de autorregulación y de aproximación). Los estímulos pueden ser recibidos por el niño en un marco apropiado, en complejidad e intensidad en relación con el umbral de funcionamiento del niño y a la inversa el bebé tiene estrategias para alejarse de o evitar estímulos que son complejos, intensos o inapropiados para su tiempo de gestación, que se consideran comportamientos de estrés y de defensa.

Comportamientos de estrés y de defensa

Indican que el bebé está estresado o que sus estímulos son excesivos y deben ser retirados.

1) Señales autónomas y viscerales:

- convulsiones
- pausas respiratorias, respiración irregular
- cambios de color cianótico, gris, marmóreo
- crisis de sofocación
- emisión de saliva
- sollozo
- gestos provocados por espasmo intestinal
- jadeos
- temblores sacudidas
- tos
- estornudos
- bostezo

2) Señales motrices

- flacidez del tronco, extremidades, cara
- hipertonía
 - a) con hiperextensión
 - de las piernas
 - de los brazos, como en aeroplano

- del tronco, enarcamiento, opistótonos
 - movimientos incoordinados de dedos
 - gestos de la cara
 - protrusión de la lengua
 - posición de los brazos en “guardia alta”
- b) con actitud en flexión exagerada del tronco y de las extremidades
- posición fetal, posición recogida
 - actividad motora difusa
 - contracciones frecuentes
- 3) Señales referidas a la organización de los estados
- sueño difuso o estado de vigilia indistinto o con lamento continuo
 - desviación lateral de la mirada, movimientos no coordinados de los ojos
 - murmullo o llanto agitado, llanto débil
 - mirada fija
 - frecuente incapacidad de atención
 - hiperactividad, vigilia inquieta y llanto
 - ojos vítreos, estado de vigilia frágil o inconstante estado de adormecimiento.
 - variaciones continua y rápidas de estados de comportamiento.
 - bajo umbral de excitabilidad
 - irritabilidad y excitabilidad difusa
 - llanto
 - inconsolabilidad
 - insomnio, agitación

Comportamiento de autorregulación y de aproximación

Indican que el bebé está recibiendo una cantidad de estímulos apropiados o de interacción adecuada.

- 1) Estabilidad autónoma
- respiración regular
 - coloración rosada estable
 - peristalsis intestinal moderada
- 2) Estabilidad motriz
- actitud activa con buena adaptación a la superficie de apoyo
 - tono bien regulado

- movimientos sincrónicos, movimientos finos con estrategias motrices adecuadas: rascarse las manos, llevarse mano a la boca, aferrar el dedo de un adulto y apretarlo
- 3) Estabilidad del estado y regulación de la atención
- estado de sueño profundo bien definido
 - llanto rítmico y fuerte
 - activa capacidad para calmarse (ej. mano a la boca, succión, mirada en un punto fijo).
 - adecuada capacidad para responder a las maniobras con soladoras del cuidador
 - mirada vivaz con expresión facial animada
 - fruncimiento de cejas, movimientos de labios, relajación de la expresión facial en respuesta a la interacción.

Para poder detectar estos diferentes comportamientos se formulan las siguientes preguntas: ¿con qué soporte y en qué situaciones el bebé es capaz de estar más tranquilo y manteniendo el equilibrio de sus subsistemas? ¿qué experiencias o situaciones son críticas para el bebé en el logro de nuevos niveles de su neurodesarrollo?. Estas observaciones las realiza una especialista en desarrollo formada en esta metodología e ideología de trabajo, junto con una enfermera también especializada en esta metodología (Als, 1997)

La observación puede realizarse cuando el personal de enfermería interactúa con el bebé. El observador no interactúa con el niño y completa el NIDCAP check seet (registro). El bebé es observado por unos minutos:

- a) antes de que interactúen con él.
- b) durante la interacción.
- c) luego de la misma.

Se focalizan en las modificaciones del medio ambiente que pueden ser considerados adecuados al umbral de tolerancia del bebé y que permitan su organización, favoreciendo su neurodesarrollo. Por ejemplo: ¿tiene el bebé una respiración tranquila y regular, o ésta cambia con sólo el roce, movimiento o sonido del ambiente?. ¿Es un bebé que mantiene el color parejo en todas las partes de su cuerpo o se vuelve pálido, gris o moteado ante la interacción con el cuidador?

¿El bebé mantiene el estado de su sistema visceral cuando se interactúan con él con cierto vigor o rápidamente, defeca o tiene

hipo en respuesta a los movimientos? ¿El niño mantiene un buen tono, expresa una animada expresión facial y buen tono o rápidamente presenta temblores, sobresaltos, o se endurece y arquea su espalda como forma de protección?.

La organización de los estados pueden ser observados en términos del rango de estado, modulación, disponibilidad y patrones de transición de un estado a otro. ¿Es éste un niño que muestra un continuo movimiento de estado de sueño profundo y/ o somnoliento a uno de alerta o a un estado elevado de llanto?. ¿El bebé se mueve típicamente desde un estado de sueño profundo a uno de llanto, y seguidamente regresa a un estado de sueño, saltando al de alerta?

Cuando está despierto, ¿es un estado de alerta con mirada radiante y expresión animada, disponible para comprometerse en la interacción, o cambia hacia una expresión de mirada aturrida, no procesando la información?

Los comportamientos de autorregulación y aproximación, como los de evitación y estrés pueden cambiar y transformarse. Las conductas difusas pueden ser tomadas como reflejo de estrés en el bebé y las bien definidas pueden reflejar un adecuado balance regulatorio.

En el check seet (registro) se detallan la conducta del niño, datos fisiológicos, ritmo cardíaco, respiración, nivel de saturación y niveles de luz y sonidos del medio ambiente.

Esta descripción se enfoca entonces desde tres aspectos: medio ambiente, la conducta del niño antes de los cuidados, durante la interacción y luego de la misma y se toma en cuenta también los esfuerzos que realiza el cuidador para ayudar al bebé a organizarse.

El informe concluye con sugerencias para el cuidado del niño, modificaciones del medio ambiente que pueden ser considerados adecuados al umbral de tolerancia del bebé (prevención de estrés neonatal) y que permitan su organización, favoreciendo su neurodesarrollo.

Holmes, Sheldon & Als (citado por Als, 1995) señalan una serie de puntos a tener en cuenta en la implementación del NIDCAP:

- Luego de las 24 horas de admitido el bebé en la unidad, un grupo primario es identificado para ocuparse del niño. En este grupo se incluyen el especialista formado en este Programa NIDCAP, la familia y el equipo de salud como médicos y personal de enfermería.

El grupo trabaja colaborativamente desarrollando un plan individualizado de cuidados que es revisado y discutido diariamente por el equipo.

- Se organizan los procedimientos médicos y de enfermería de acuerdo con las necesidades clínicas del bebé, estados de conciencia y competencias de alimentación del mismo, con el objeto de proveerle períodos de descanso y apoyos para su crecimiento. El cuidado del bebé incluye un ambiente especial, como tapar las incubadoras para permitirle períodos de descanso y de contacto.
- Se asesora a la familia acerca de cómo calmar al bebé, explicando secuencias y estrategias para acercarse y cuidar a su hijo. En relación al trabajo conjunto con los padres el especialista en desarrollo implementa un abordaje denominado “conociendo la conducta de nuestros hijos prematuros”. Los padres son estimulados a acercarse al bebé, facilitándoles las interacciones somatosensoriales y contactos piel a piel entre padres-bebé. La madre observa e interpreta la conducta de su hijo, por ejemplo reconoce cuán estresado está, qué estimulación del ambiente lo colocan en ese estado, y se elaboran formas de estimulación contingentes y apropiadas para el bebé, discutiendo las mismas con el especialista en desarrollo y la enfermera a cargo del niño.
- Se brinda un soporte extra en los diferentes procedimientos de cuidado clínico a los que tiene que ser expuesto el niño. Por ejemplo, extracción de sangre, aspiración, fisioterapia respiratoria, punciones lumbares. Entre algunas de las estrategias se puede mencionar la punción lumbar por ejemplo, donde se lo mantiene encorvado con las manos y pies juntos. Luego se sostiene y se acompaña al niño hasta alcanzar una homeostasis en forma gradual y lenta, permitiéndole por ejemplo aferrarse a los dedos y succionarlos.
- Apropiada posición ayudándole a mantener una posición flexionada que permita al bebé una mejoría del tono flexor y disminución del extensor, como aminorando los efectos de la gravedad sobre el desarrollo muscular. La posición flexionada también estimula los comportamientos de autoconsolación. El uso de colchoncitos de agua, hamacas en las incubadoras, o vellones de oveja que con la ayuda de rollos de tela permiten crear un nido adecuado y contener adecuadamente al niño.

Als (1995) recomienda que toda intervención y evaluación incluya la examinación física, ultrasonido o neurológica fuera coordinada por la enfermera que asiste al bebé y la especialista en desarrollo. En la medida de lo posible se facilitará que los padres contengan al bebé durante los procedimientos.

- Cuidado del ambiente de la unidad. Se brinda educación y asesoramiento al equipo de atención de la unidad con el fin de modificar y organizar el medio ambiente en relación a la luz, a los sonidos y a la distribución física, disminuyendo los estímulos ambientales con el objeto de facilitar períodos de reposo, relajación y autorregulación espontánea del niño. Por ejemplo: se plantean espacios separados entre las incubadoras o cunas con el fin de poder circular libremente entre ellas. A su vez espacios determinados para diferentes procedimientos que deban ser llevados a cabo con los niños. Se aconseja colocar las incubadoras y cunas lejos de teléfonos, radios, piletas de lavar, puertas, etc. Se controla el nivel de voz del personal, así también como el volumen de monitores y alarmas. Se brinda orientación sobre el exceso de iluminación directa. Se cubren las incubadoras parcialmente con una tela gruesa con el fin de establecer una diferencia entre día y noche facilitando la organización de los ritmos de sueño y vigilia del niño. (Als, 1995)
- Confort de la familia. Se considera un espacio tanto físico como psicológico adaptado a las necesidades de todo el grupo familiar. A los padres se les brinda la posibilidad de recibir apoyo emocional a través de diferentes profesionales como asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras y grupos de padres, etc.

Als (1997) plantea la formación requerida y funciones de los diferentes profesionales que tienen a su cargo el programa IDCAP.

El rol y la función del especialista en desarrollo consiste en favorecer el conocimiento y estrategias de cuidado del niño por parte del staff de la UCIN, trabajando en forma directa y conjunta con los mismos en la elaboración de diferentes programas y elaboración de observaciones.

Según Als (1997) es recomendable que el especialista en desarrollo posea un nivel de formación equivalente a un master o doctorado en psicología, pediatría del desarrollo, especialista en educación temprana o terapia física u ocupacional, especializada y entrenada en el cuidado en unidades de cuidados intensivos neonatales y en el modelo NIDCAP.

La enfermera educadora en cuidados del desarrollo debe tener un master o equivalente con experiencia en cuidados intensivos neonatales y entrenada y especializada en el modelo NIDCAP. Ella debe ser el nexo entre el personal de enfermería y médicos, respetada por ambos, con categoría de jefatura, brindar asesoramiento acerca de los cuidados del niño y la familia; trabajar en forma conjunta con el especialista en desarrollo, plantear los diferentes programas para cada niño.

Además es necesario poder contar con un padre que pueda asesorar y brindar consejos a los padres que tienen sus hijos internados en la unidad o que deban ser derivados a los centros de cuidado familiar.

Se ha mencionado a la Dra. Als como pionera en la atención individualizada de los niños prematuros o de alto riesgo. Tanto su teoría como su Programa de Intervención ayudan a comprender al bebé prematuro o de riesgo, desde un enfoque preventivo, que alertan sobre la prevención de algunas de las secuelas del neurodesarrollo del niño asociadas con su inmadurez.

Así lo fundamentan los seguimientos realizados a los recién nacidos prematuros que han sido atendidos sobre la base de este programa (1997).

Neonatólogos y enfermeros se pueden interrogar en qué más pueden ayudar a los bebés internados en las unidades de cuidado intensivo, ya que ellos hacen lo mejor para los mismos y qué les puede aportar este Programa. El cambio (de acuerdo al Programa NIDCAP), está dado tanto en la mirada hacia ese bebé y esa familia en especial, como a la dinámica de trabajo que reina en la unidad (asistencia individualizada). En una unidad donde el cuidado está orientado por estandarizados protocolos y rutinas de cuidados o en aplicar ciertas normas de modificación del medio ambiente como puede ser disminuir las luces, sonidos o empleo de nidos para crear límites físicos dentro de las incubadoras (Als, 1997, p. 184); el plantear un marco de atención sobre la base de la comprensión de las necesidades individuales de cada niño, exige un cambio en el equipo de atención de la unidad, por ejemplo que preste atención y reflexione acerca de los procedimientos que se realizan con el niño.

La mirada se centra así, en un cuidado individual, sensible y respetuoso del bebé y sus padres. Este cambio en el eje de abordaje del niño centralizado en observaciones detalladas de sus comportamientos, vulnerabilidad y fortaleza, implica el desarrollo por parte del equipo de salud, de sus capacidades de sentir,

observar, ver no sólo lo que el niño hace, el ambiente de las unidades, sino lo que ellos hacen y sienten.

8.8 La asistencia psicológica a los padres

Fava Vizziello (1992) plantea en su libro “Los hijos de las máquinas”, cómo se desarrollaban las entrevistas psicológicas que se efectuaban con los padres de los niños internados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las mismas se realizaban a los 15 días aproximadamente cuando el niño se encontraba estable clínicamente y era la enfermera jefe quién citaba a los padres para las entrevistas, las que se realizaban en la unidad en el depósito de las incubadoras. Es interesante señalar las descripciones que realiza esta autora en relación a las interrupciones que se producían a lo largo de las entrevistas por parte del personal de enfermería.

“La charla tenía lugar en el depósito de incubadoras, duraba siempre más de una hora; era repetidamente interrumpida por las enfermeras que iban a buscar instrumental necesario y tal vez, también a “controlar” lo que estábamos haciendo. Si tuviésemos que proseguir la experiencia emplearíamos nuevamente esta sala, verdadero “desierto” de las intervenciones intensivas porque representa un espacio en el que el padre comparte los displaceres del niño, de su modo de vivir continuamente interrumpido, del clima afanosos y un poco alienado de la terapia intensiva.” (Fava Vizziello, 1992, pág. 121)

La entrevista como instrumento clínico tenía diferentes finalidades:

- responder a las preguntas que los padres se formulan en relación a su hijo.
- crear un espacio de palabra y establecer una relación que se continuará en el seguimiento de los niños luego del alta de los mismos.
- tener información del niño y aspectos vinculares con sus padres que podrán ser abordadas en un futuro.

Según la experiencia en relación a estas entrevistas, Fava Vizziello (1992) plantea que al principio los padres se interrogan

acerca de los niños prematuros y ciertas cuestiones ligadas a su futuro desarrollo, secuelas, así como también preocuparse por verificar las informaciones que han recibido en función de sus propias elaboraciones.

Así se iban desarmando ciertas historias familiares, como la del embarazo y del parto; las representaciones del hijo y de ellos como padres. Las diferentes preguntas dejaban traslucir sus temores y defensas.

Esta autora plantea la demanda de competencia, desde la clínica que exige este tipo de entrevista para el profesional que la lleva a cabo por la movilización de aspectos transferenciales y contratransferenciales afectivos y subraya que no involucrarse directamente en la asistencia clínica - médica del niño, permite comprender diferentes posturas ante esta situación crítica por parte de los padres y que consiste en hacer frente a la angustia que deben soportar en estos momentos. Así el trabajo se realiza en dos planos, con los padres y con el equipo para ayudarlos a que comprendan los comportamientos de algunos de ellos.

Estas entrevistas que se desarrollan en estos momentos de la internación del niño, permiten conocer ciertas modalidades interactivas entre ambos padres, la organización de la estructura de personalidad de la madre y su derivación a un servicio de psicopatología si fuera necesario y la modalidad de reacción ante una crisis como la que están viviendo.

Con respecto a este punto Fava Vizziello (1992), plantea que en las entrevistas desarrolladas con los padres encuentra a menudo un relativo sentimiento de desorientación, o de sorpresa; siendo lo más importante la imposibilidad de proyectar un futuro para el niño, acompañado de una gran depresión, fundamentalmente reactiva por la situación actual.

De esta manera plantea que la atención psicológica se orienta más en estos casos para ayudar a los padres a elaborar “el duelo anticipado”, planteado por Kaplan y Mason, (1960, citado por Fava Viziello, 1992) que al “síndrome del vientre vacío” (Soulé, 1982, citado por Fava Viziello, 1992), que se daría en momentos anteriores a la entrevistas que mantienen con los padres. En consecuencia considera importante plantear la importancia de entrevistar a la madre, en especial, antes de abandonar la internación en maternidad y regresar a su hogar sin su hijo.

Fava Vizziello (1992) destaca la importancia de no realizar pronósticos a futuro de la interacción entre el niño y sus padres, basándose exclusivamente en la historia de estos, ya que el niño

es un participante activo de la relación. Por otra parte esta autora analiza el ritual que deben llevar los padres al ingresar a las unidades de cuidados intensivos (que varía de un servicio a otro, como el vestirse con camisolines, lavarse las manos). Este tendría un significado para los neonatólogos (y se puede agregar, en especial para el personal de enfermería), como etapas para disminuir sus temores a dañar a los niños y por otra parte a los padres para reasegurarse de: *“que en este servicio se hacen “cosas especiales” para sus nenes: en ese lugar las leyes, como las leyes mismas de la supervivencia, no son las mismas que en el resto del mundo”. El niño está de este modo lejano y para hacerlo sobrevivir, para ayudarlo, es necesario aceptar la lejanía”* (Fava Vizziello, 1992, pag.136).

Durante la entrevista psicológica se interrogaba a los padres acerca de la impresión que tuvieron con el niño antes o después de que fuera internado en la unidad de cuidados intensivos. Encuentran diferencias entre aquellos que pudieron verlo antes, los que lo describen como pequeño, oscuro, lindo, etc. y los que lo vieron recién en la unidad. Estos sólo se refieren a las máquinas, tubos, etc.

Durante el resto de la internación salvo en aquellos casos en los que hubo una demanda explícita, no se mantenía un contacto con los padres, salvo al momento del alta donde se presentaba el equipo a cargo del seguimiento de estos niños.

El alta era planteada con una semana de anticipación y se evaluaba además de la maduración del niño, las condiciones familiares para recibirlo en el hogar.

El espacio de escucha creado en estos momentos iniciales de la internación era continuado en los encuentros planteados en el seguimiento.

En algunos casos especiales durante la internación, la neuropsiquiatra infantil trabajaba con los padres en consultorios externos.

Fava Vizziello plantea las dificultades institucionales encontradas en relación a mantener más entrevistas durante la internación, ya que las mismas eran establecidas por la jefa de enfermería, lo que muchas veces daba lugar a ciertas resistencias institucionales para concretarlas.

8.9 Abordaje clínico basado en el Método de Observación de Lactantes de E. Bick (1964).

En la medida que la dimensión relacional y afectiva es tenida en cuenta en las unidades de cuidado intensivo neonatal, también diferentes marcos teóricos desde lo psicológico han intentado comprender y significar lo vivido por el niño, los padres y el equipo de salud.

El método de observación psicoanalítico de lactantes creado por E. Bick (1964), dista de las observaciones detalladas descriptas por Als (1986, 1989) y ligadas a un enfoque experimental y neurológico.

Dos psicoanalistas Romana Negri y Catherine Duron, en Italia y Francia respectivamente, desarrollan una modalidad de trabajo psicológico de sustento teórico psicoanalítico basándose en este método para abordar el trabajo con los bebés prematuros y sus padres.

8.10 Diferentes modalidades de intervención (Romana Negri)

Romana Negri (1994, 1995) se basa en un encuadre psicoanalítico siguiendo la técnica de observación de lactantes del Método de Observación E. Bick (1964), como se planteó, para elaborar una serie de acciones preventivas de carácter neuropsicológico sobre el recién nacido prematuro de muy bajo peso al nacer. Estas acciones involucran el trabajo con los padres y el equipo de salud, enfermeras y neonatólogos.

En el Servicio de Patología Neonatal del Hospital Consortial de Treviglio-Caravaggio-Bergamo en el año 1982, la Dra. Negri inicia sus observaciones de recién nacidos antes de término, desde sus primeros momentos de hospitalización, con el objetivo de realizar una tesis doctoral y estas se continuaron en una actividad “conjunta de investigación y de mejoramiento de la asistencia” (R. Negri, 1994, p.95) que no se limitó exclusivamente al diagnóstico de las parálisis cerebral infantil, ya que una verdadera acción preventiva de carácter neuropsicológico sobre el bebé debe forzosamente prever la implicación de padres y equipo de cuidados: enfermeras y médicos.

“Al momento de comenzar el trabajo de observación del recién nacido gravemente prematuro desde sus primeros momentos de vida, estimé que el reconocimiento de procesos dinámicos precoces permitirían un mejor conocimiento del sufrimiento, de las necesidades del bebé y por lo tanto de acciones preventivas apropiadas destinadas a mejorar las condiciones psicológicas del bebé en incubadora y del servicio de neonatología”. (Negri, 1994, p.96).

Las acciones preventivas se desarrollan sobre el medio ambiente (unidad de internación neonatal) el equipo de atención: enfermeras y neonatólogos, el bebé y sus padres como mencionamos (Negri, 1994, p.97/98)

Negri (1994) se interroga sobre la relación entre la vida interior y el comportamiento motor. Observaciones realizadas con pequeños pacientes (Negri, 1999), había determinado la presencia de síntomas de fallas en la integración psicopatológica de estos niños, que ella denomina “síntomas de alarma de naturaleza psicopatológica”. Estos se daban con mayor frecuencia en aquellos niños que habían recibido terapias de perfusión por vía epicraniana, frecuentes extracciones de sus talones, traumatismos o manipulaciones ocurridas en sus primeros días de vida.

Estos síntomas de alarma son:

- Evitación de la mirada
- Simulación de sueño
- Rigidez mímica
- Estereotipia de movimientos y sonidos
- Interés excesivo por los movimientos de la lengua
- Irritabilidad
- Inquietud motriz
- Anomalia postural
- Manifestaciones acentuadas cutáneas o respiratorias
- Perturbaciones alimentarias

La observación de estas expresiones la llevan a plantearse la importancia de la vida mental no sólo desde el nacimiento sino también desde el período neonatal. Hecho confirmado por ecografías, estudios neuropsicológicos y psicoanalíticos (Negri, 1990).

Los estudios recientes acerca del dolor del recién nacido, en relación con la patología y las técnicas aplicadas desde un punto de vista terapéutico, plantean nuevos interrogantes acerca del sufrimiento de estos niños.

Hasta hace unos años se planteaba que las terminaciones nerviosas cutáneas del recién nacido como la falta de mielinización de fibras nerviosas y las respuestas subcorticales involucradas en estas etapas de la vida, dificultaban la transmisión y percepción de estímulos dolorosos. De acuerdo a estos preceptos no se brindaba importancia al comportamiento del dolor en tanto comunicación, siendo este sólo un indicador de semiología neurológica. Sin embargo estudios de Saint Anne Dargassies describen tipos de llanto, que traducirían un sufrimiento cerebral grave del bebé y que se transformarían en mensajes (los llantos) difícilmente soportables para el adulto cuidador.

Estas cuestiones la llevan a Negri (1994) a desarrollar encuentros con el equipo de médicos y enfermeras, con el fin de discutir las observaciones y entrevistas realizadas a lo largo de la internación del bebé y sus padres y desarrollar acciones conjuntas entre padres y equipo en una suerte de “alimentación recíproca”. Las mismas permiten un mejor conocimiento del bebé, y la puesta en marcha de acciones preventivas facilitadoras de una mejor adaptación a las necesidades del niño, los padres y el equipo.

En la Unidad de cuidados intensivos neonatales

A) Indirectas

- Sobre los padres: entrevistas desde los primeros días de la hospitalización al lado de la incubadora, entrevistas con los padres solos.
- Sobre el staff médico (enfermeras, médicos):
 - grupo de control cada 15 días sobre un tema libre
 - elaboración y discusión de una ficha especialmente preparada
 - discusión de un material de observación
 - observación “porte ouverte” (puertas abiertas) del bebé
 - participación en el seguimiento de los niños luego del alta de estos

B) Directas

- Sobre el bebé en incubadora:
 - observación
 - postura
 - atenuar y modular la intensidad de la luz
 - estimulaciones cutáneas: piel de oveja, masajes suaves y lentos por parte de los padres y de las enfermeras.

- postura de las manos que facilitan la contención del bebé durante el amamantamiento.
- estimulaciones acústicas, masajes verbales a través de las aberturas de la incubadora por parte de padres y enfermeras
- terapia de sonidos (introducción en la incubadora de grabaciones del ritmo cardíaco materno como el bebé lo habría percibido dentro del útero y de grabaciones realizadas por los padres)
- estimulaciones gustativa producidas por gasas embebidas de agua glucosada o miel rosada sobre la tetina de un chupete minúsculo de muñeca “nati ora”.
- succión no nutritiva
- estimulaciones vestibulares, oscilaciones de la cabeza o pies producidos por presiones rítmicas sobre el colchón de agua o el bebé.
- “destete” del respirador facilitado por la reeducación respiratoria.
- “stretch” sobre el tórax, “schéma” (esquema) del tronco

Sobre el bebé en la Unidad de Cuidados Intermedios

- actitud atenta sobre los problemas afectivos por parte de las enfermeras durante los cuidados cotidianos del bebé
- alimentación brindada por la madre o padre. Los padres son estimulados a participar en entrevistas fuera de la alimentación del bebé.
- contacto piel a piel entre padres y bebé (Kangaroo- care)
- “técnicas de rehabilitación” por parte de los padres y enfermeras con aquellos niños que son diagnosticados como seriamente comprometidos desde el punto de vista neurológico con supervisión de la terapeuta física.

Sobre el bebé luego de su alta del hospital: follow-up

Estas acciones preventivas se basan en el análisis de observaciones. Las mismas siguen desde un punto de vista metodológico los aportes dado por E. Bick (1964) en relación a su metodología de observación, pero con algunas adaptaciones del método a la atención de bebés con patología.

Durante la hospitalización del bebé prematuro se realizan observaciones de una hora cada 2 días. Y al alta del bebé se ob-

serva en su hogar una vez por semana siguiendo el encuadre planteado por E. Bick (1964)

Negri (1994), plantea que de acuerdo a los sustentos teóricos de este método de observación el realizarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos es el “medio natural”, donde el bebé pasará sus primeras experiencias de vida. Y es ahí donde deben iniciarse las observaciones. En estas observaciones toma en consideración la asistencia de las enfermeras y la presencia afectiva de la madre y el padre. El material de observación es objeto de discusión en encuentros cada 15 días con el equipo de atención médicos y enfermeras.

Negri (1994), plantea las dificultades contratransferenciales de realizar las observaciones en la unidad de cuidado intensivo neonatal donde el bebé esta en los “límites de la sobrevida” o extremadamente grave. Y relaciona estas dificultades con los aspectos que mencionamos en relación a la inmadurez del cuerpo del bebé prematuro.

“Ante el bebé gravemente enfermo nuestro pensamiento queda quebrado, bloqueado, nuestras percepciones son violentas y dolorosas como si las partes de nuestro Yo sintieran una dificultad a nacer, a encontrar sus derechos de existir” (Neri, 1994, p.99).

Se coincide con esta autora en relación a los aspectos contratransferenciales que ocasiona en el observador, ya que siente la lucha del bebé por sobrevivir.

“Uno se siente impotente delante de esa lucha, es la batalla de un bebé por sobrevivir a la cuál uno se identifica sufriendo un sentimiento de rebeldía (revolté)” (Negri, 1994, p.100).

Según Negri (1994), se debe realizar una lucha interna con nuestros sentimientos que nos permita poder percibir y que, a modo de una “placenta”, ayude a establecer un contacto con el bebé y avanzar en los conocimientos acerca de él. Plantea también las dificultades de pensar en una “atención flotante” durante las observaciones del bebé en la incubadora. En tales situaciones, pueden surgir mecanismos de defensa que le hacen poner distancia al observador y registrar datos observacionales muy detallados que permitan describir funciones aisladas del niño (ej.

movimientos segmentarios, abducción, etc) pero no nos permiten comprender que el objeto de la observación “es un bebé”.

Negri (1994) enfatiza la importancia del desarrollo motor para comprender la evolución de las competencias funcionales del sistema nervioso. Menciona a Milani Compari (1982, citado por Negri 1994), quién afirma que la observación del desarrollo motor del feto muestra con exactitud que existe una acción activa del individuo sobre el medio ambiente en el sentido de una competencia primaria, idea que contradice los modelos reflexológicos y comportamentales de dependencia del medio ambiente. La característica constantes de procesos ontogenéticos y de comportamiento motor reflejan un ser viviente que se proyecta sobre el mundo y su Yo (moi) por su “competencia primaria a hacer” (“compétence propositive”).

En consecuencia la observación del bebé se debe obtener sobre la base de una investigación de las competencias para actuar (“compétence propositive”) y no sólo de gestos sin fin, sin finalidad o de sólo respuestas a las estimulaciones. Observando así más que las respuestas reflejas a las estimulaciones, lo que el bebé hace para conocer qué propone; tomando la motilidad como un instrumento de expresión, y así comprender sus modalidades comunicativas primarias con el medio ambiente.

Se describirán las acciones preventivas mencionadas que forman parte de su abordaje al niño, sus padres y el equipo de cuidado.

Acciones preventivas con los padres

Plantea la importancia de facilitar la entrada de los padres a la Unidad de Cuidados Intensivos lo antes posible, con el fin de favorecer no sólo el apego entre el bebé y los padres sino ciertas fantasías y temores que pueden surgir al enfrentar el nacimiento antes de tiempo y considerando el futuro del bebé.

Los padres desarrollan un “sentimiento de angustia de anticipación”, que puede ser observado luego del nacimiento e inmediatamente después de la salida del hospital y cuya intensidad muchas veces no se correlaciona tanto con la gravedad del prematuro, sino en especial en aquellos casos en que el niño necesita una terapia respiratoria o acciones traumáticas.

Estos conceptos planteados por Negri son coincidente con la descripción de Kaplán y colaboradores (1965 citados por Negri, 1995) en relación al “duelo anticipado”. Coincide con nuestros

planteos en relación a los primeros momentos vividos por los padres ante el nacimiento prematuro. Los encuentros precoces entre los padres y el bebé, no sólo tienen el objeto de mejorar el estado afectivo de los padres sino también mejorar las condiciones psicofísicas del bebé.

Negri (1994) hace referencia a dos modalidades de trabajo psicológico con los padres:

- entrevistas con los padres luego del nacimiento del niño, con el objeto de reconstruir el vínculo con el niño. Éstas al inicio sólo se realizaban con las madres.
- encuentros con los padres al lado de la incubadora de su hijo

De acuerdo al relato de Negri (1994) y gracias a la sugerencia del grupo de enfermería, incluyó en las entrevistas al padre del bebé. Estas entrevistas de aproximadamente una hora de duración, basadas en una orientación de tipo psicoanalítico permiten a los padres expresar sus vivencias y sus fantasías. Sin embargo, según relato de esta autora, éstas no le resultaban suficientes para lo que se había propuesto: “ayudar a los padres a afrontar, tolerar y elaborar la angustia desarrollada ante el nacimiento prematuro”; sobre todo en los primeros días de la internación del bebé, éstas resultaban insuficientes para ayudar a los padres a discriminar sus experiencias personales y el estado de su hijo.

El análisis de las observaciones realizadas con un paciente Giacomo (Negri, 1994), y la experiencia de sus encuentros con los padres al lado de la incubadora del niño desde sus primeros momentos de vida, la llevaron a comprender la importancia para estos padres de poder comprender los aspectos neuro-evolutivos del bebé y comprender las fases de su desarrollo en función de su edad gestacional y estado clínico del neonato.

Estos encuentros facilitaban los procesos de separación e identificación entre necesidades del hijo y aspectos emocionales de los padres. De acuerdo a la experiencia de las observaciones realizadas a través del Método de Bick (1964), estas le permitieron comprender la importancia de mantener lo más pronto posible estos encuentros con los padres junto a la incubadora de su hijo.

La evaluación neuro-evolutiva del bebé que efectúa se basa en encuentros desde los primeros días de vida del niño, con 2 o 3 encuentros por semana, con los padres al lado de la incubadora de su hijo. A través de los mismos se inicia un recorrido acerca de

los comportamientos del bebé, facilitando la distinción entre el sufrimiento del bebé y los sufrimientos paternos.

Los encuentros en la UCIN con los padres al lado de la incubadora del niño, la llevaron a plantearse que las entrevistas a solas con éstos, debían surgir en la medida que ellos las soliciten y sientan la necesidad de un espacio personal para hablar de su experiencia emocional.

El trabajo con el personal de enfermería

El trabajo con los padres que tenían sus hijos internados en la unidad de neonatología, la llevó a plantearse la necesidad de tener encuentros cada 15 días con el personal de enfermería.

Negri (1994) plantea diferentes modalidades de trabajo con este personal y en relación a estos encuentros establece:

- a) Confección de una ficha de observación basada en aspectos emocionales de los padres y el bebé internado.
- b) Discusión con el personal de enfermería a partir de entrevistas psicológicas realizadas con los padres del niño internado.
- c) Observaciones del recién nacido de muy bajo peso al nacer, en la unidad denominadas “Observaciones a puertas abiertas”.

1- Ficha de observación

El personal de enfermería completaba una ficha de observación sobre los aspectos emocionales y afectivos de los bebés y sus padres. Esta tenía como objetivo reflexionar acerca de los mismos, favoreciendo una mayor capacidad de comprensión. Sin embargo “el completar la ficha”, fue tomado como una tarea excesiva y debió ser la jefa de enfermeras la que lo impusiera como obligatoria. Según relata Negri (1994) en los encuentros percibe que las fichas habían sido completadas por los neonatólogos de guardia y no por las enfermeras.

En los encuentros con el personal de enfermería se planteaban dificultades encontradas especialmente con algunas madres y el poder hablar sobre las dificultades de éstas les permitió al grupo reflexionar acerca de sus propios aspectos primitivos, comprendiendo las actitudes de los padres y en especial de las madres en su situación particular de encontrarse separadas de su bebé.

2- Discusión de las entrevistas psicológicas mantenidas con los padres.

La reflexión junto con el personal de enfermería del material de las entrevistas, permitió una mejor comprensión por parte del personal acerca del duro tránsito que desde lo afectivo, deben atravesar los padres a lo largo de la internación del niño, estimulando la presencia de éstos junto a sus hijos.

El hecho de comprender los temas que preocupan a los padres les permitió una mejor comprensión de ciertos comportamientos para no apresurarse a juzgarlos. Al mismo tiempo permitió reflexionar acerca de los propios sufrimientos y problemas.

Sin embargo a través de la lectura de las fichas, según relata Negri, ella pudo observar una cierta dificultad en algunos casos al referirse a aspectos técnicos y no poder asociarlos a aspectos emocionales. Por ejemplo podían reconocer la hipotonía del bebé, sus temblores, sin poder asociar al sufrimiento del niño.

Esto se debe a que tanto enfermeras como médicos, deben realizar muchas veces intervenciones con el niño internado (aspiración, extracción de sangre, etc.) y deben hacer un esfuerzo de disociación entre los sufrimientos del bebé, lo que las obliga a entrar y salir de un estado de identificación con el niño, como con los padres. Así surgió la necesidad de realizar observaciones del bebé para poder analizar estos aspectos.

3- Observaciones del recién nacido de muy bajo peso al nacer, en la unidad “Observaciones a puertas abiertas”.

Se realizan encuentros cada 15 días dentro de la unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de observar a aquellos bebés prematuros de muy bajo peso o gravemente enfermos. El grupo se sienta alrededor de la incubadora y se transforma en observador a “puertas abiertas” del bebé. Un miembro del grupo comienza a hablar sobre “el bebé” asumiendo el rol de mediador del grupo, siendo estimulado el equipo de enfermería ha observar ciertos aspectos vitales del bebé, teniendo en cuenta la edad gestacional del mismo pueden rescatar lo singular de este niño y pensar en los sufrimientos como en sus emociones.

Estas observaciones han ayudado al personal de enfermería a tomar conciencia de sus intervenciones e integrar los diferentes aspectos del cuidado hacia el niño y favoreciendo la capacidad de observación tanto de personal como de los padres a través de los encuentros mantenidos con ambos.

8.11 Atención psicológica desarrollada por C. Duron

Esta psicóloga y psicoanalista igual que R. Negri sustenta su enfoque terapéutico en el Método de Observaciones de lactantes creado por E. Bick (1964).

En líneas generales su abordaje no se diferencia mayormente del presentado por R. Negri. Duron (1997, 1998) también señala los riesgos de secuelas psicológicas para los bebés prematuros, en especial en aquellos nacidos con 1000 gramos y menos de 28 semanas de gestación, planteando la necesidad de un abordaje terapéutico orientado a:

- una ayuda a los padres a través de entrevistas especiales realizadas por una psicóloga formada en el trabajo en este área.
- señala la importancia para el bebé de establecer vínculos con una enfermera de referencia formada en la observación directa de neonatos.
- en relación al equipo de atención de los niños internados en una unidad de neonatología, un grupo de trabajo basado en observaciones, coordinado por una psicoanalista formada en la Observación de Lactantes (Bick, 1964); este espacio facilitaría la emergencia de una mirada diferente del bebé.

Como se mencionó en relación al trabajo con los padres plantea la necesidad de realizar estas entrevistas con los mismos desde los primeros días del nacimiento del niño. Subrayando que es imposible tomar en exclusividad el aspecto somático del niño, dejando de lado el efecto que puede llegar a causar en estos este tipo de nacimiento, influyendo en los vínculos entre ambos. Compara lo que ocurre con un nacimiento de un niño a término, donde el primer plano está ocupado por el recién nacido-madre-padre. En un nacido prematuro el recién nacido ocupa un primer plano y sus padres un segundo plano. El ocuparse del estado emocional de los padres los ubica a éstos en un plano diferente facilitando los procesos de pensamiento en relación al niño.

Se señalarán algunos aspectos de lo planteado por Duron (1995, 1997, 1998) y que significan un aporte diferente a lo ya señalado en relación a las acciones preventivas descritas por R. Neri.

C. Duron, fundamenta sus inferencias teóricas acerca del desarrollo del bebé prematuro durante la internación y la creación de un lenguaje corporal en ciertos conceptos planteados por G.

Haag. Así subraya la importancia de la integración de la consensualidad, como lo define Bion (citado por Duron, 1998), como una integración de diferentes modalidades sensoriales por la percepción, como factor del desarrollo de la vida psíquica, de la organización del pensamiento y de la inteligencia en el niño.

La inmadurez del desarrollo de los bebés prematuros y en especial los de muy bajo peso y edad gestacional, es tal que nos enfrenta con ciertas dificultades para poder comprender y estudiar las relaciones que establecen con un otro.

Duron (1998) se interroga si se puede utilizar los mismos conceptos teóricos que los planteados para los recién nacidos a término, como por ejemplo “la interacción” que se establece en forma muy temprana entre el bebé y su entorno.

Con el fin de contestar estos interrogantes, las observaciones realizadas por el equipo de enfermería y las entrevistas psicológicas con los padres, tendrán un sentido de lograr una mejor comprensión acerca de las diferentes modalidades de comunicación del bebé, acompañando los caminos atravesados por estos pequeños.

La posibilidad de contactarse con el niño estará en relación a su edad gestacional, estado clínico y la resonancia emocional que esto genera para el adulto y que representaría una vida psíquica precoz. Así señalará diferentes pasos en la comunicación con el bebé prematuro extremo (Duron 1995)

Experiencias que faciliten el confort del bebé

En los primeros momentos de vida del bebé y cuando la misma está sostenida por las máquinas y una alta tecnología resultan difíciles nuestros acercamientos.

Muchas veces el bebé mantiene sus brazos extendidos y entablillados por un catéter y en las manos tiene unas manoplas para evitar que pueda sacarse las sondas nasogástricas o respirador. En estos momentos generalmente la madre presenta un estado de ansiedad, inquietud, frente a este bebé que expresa una gran inestabilidad somática. Duron (1998) se interroga si sólo se trata de una fragilidad del bebé o fragilidad de la interacción.

En estos momentos una serie de gestos pueden ayudar al bebé a evitar sufrimientos, como formas de contención que favorecerían el confort del bebé. “Una atención protectora” se crea alrededor del mismo, con el fin de mejorar los momentos críticos del estado clínico del niño, a fin de disminuir los efectos de este

momento, difícil para todos (el niño, los padres y el equipo de salud). Así se observa cuán sensible es el bebé, creando otra mirada hacia él.

Plantea además, ciertas técnicas que ella ha desarrollado en esos momentos, como proveer ciertos estímulos sensoriales que ayuden a la contención del bebé. Un pañuelo de textura suave que la madre a mantenido sobre su pecho durante la noche, para que se impregne con su olor, con el fin de colocarlo en la incubadora de su hijo para que el bebé perciba el olor de su madre, “teniéndola siempre” a su lado. Plantearles a los padres la posibilidad de llevar un cassette con su voz, o con el registro de alguna música que en particular hubieran escuchado estando el bebé intraútero para que acompañe las interacciones del bebé con la enfermera o con los mismos padres y se aclara que dicha música no se debe ser presentada en cualquier momento.

Ya que el fin es de favorecer un mayor confort del niño, Duron (1998) señala que se debe observar cuán sensible es el niño tanto a la reacción de la voz, como a diferentes estimulaciones. Dentro de esta línea señala los contactos precoces piel a piel, entre el bebé y sus padres porque facilitan, dentro de lo que el estado clínico del bebé lo permita, un vínculo cercano padre-madre-bebé.

Sensaciones corporales de los bebés

La característica de la piel del niño relacionada con su inmadurez hacen que sea muy sensible ante los pequeños movimientos o roces.

De acuerdo con observaciones realizadas Duron (1997) plantea que el pañal del bebé y su piel, en este nivel de su desarrollo psicológico, pueden estar poco diferenciados. A pesar del cuidado puesto en cambiarlos por las enfermeras el bebé puede responder con agitación, como si se “desmembrara”.

Duron (1997) describe cómo debe ayudarlo al bebé a sentir el cambio del pañal, en el sentido de no perder “su continuidad de ser” (el pañal es parte del cuerpo del bebé), sosteniéndolo o apoyando sus manos sobre el resto del cuerpo del niño y no elevar sus piernas solamente ya que esto facilitaría la ruptura de sensaciones experimentadas por él. A su vez el apoyo de la voz o la mirada permitiría, en esta “maniobra de limpieza”, una continuidad ante los sucesivos cambios que debe sufrir el bebé.

La búsqueda de puntos de apoyo o de sostén

En la medida que su estado clínico se estabiliza, Duron (1997) observa en el bebé nuevos comportamientos ligados, a la búsqueda de puntos de apoyo dentro de la incubadora. Es frecuente observar al bebé desplazarse hasta apoyar su pie en la pared de la misma.

El bebé se torna más activo en la medida en que disminuyen sus esfuerzos por sobrevivir, ésto puede significar la búsqueda de puntos de apoyo mencionados, o el “agarrarse o sostenerse” al escuchar la voz y la mirada de sus padres y observar a la enfermera con atención. Igualmente puede tomar las pelusas de los colchoncitos de piel de oveja con sus manos, o el borde de su bañera al ser higienizado. Estas experiencias le permiten mantener un equilibrio ante las “sensaciones de caída” que puede sufrir el bebé y desarrollar experiencias de “adhesividad” (Bick, 1968) con diferentes estímulos que le permiten mantener sus partes corporales integradas y superar estas primeras experiencias de no-integración.

Duron (1998) ejemplifica esto que siente el niño con la reacción o reflejo de Moro. Ante la pérdida de apoyo el niño abre la boca y mueve sus brazos hacia arriba y hacia fuera y los dedos se extienden en abanico, luego cierra la boca y los brazos son flexionados hacia el tórax, replegándose sobre sí mismo.

Primeras observaciones de una consensualidad

Progresivamente el bebé comienza a experimentar un estado de mejoría somato-psíquica. Aparecen pequeñas muecas y esbozos de sonrisas; por las reacciones que provocan en sus padres y enfermeras y Duron las define como los primeros signos de comunicación del bebé (Duron, 1998). Así podrá tomar con fuerza un dedo en sus manos, succionar con fuerza emitiendo ruidos, expresando los primeros signos de consensualidad o sea de sentirse integrado, unido corporalmente y poder iniciar los primeros signos de interacción con el otro.

La importancia de “crear una matriz psíquica” que consiste en una mirada diferente del bebé más allá de los cuidados clínicos que requiera, permite evitar ciertas sobreestimulaciones que podría sufrir el bebé ante los cuidados del personal de enfermería o las interacciones con sus padres. De ahí que, igual que Neri

,subraya la importancia del trabajo con el personal de enfermería y puericultoras.

En líneas generales, el trabajo con el grupo de observación no se diferencia del de Neri (1994) en relación a encuadre, frecuencia y marco teórico como señalamos. Lo que agrega como cuestiones técnicas en relación a la observación, tiene que ver con que cada bebé cuenta con una enfermera de “referencia”, la que no debe realizar procedimientos dolorosos con el niño en el momento de la observación. A su vez en la medida de lo posible adopta un signo de reconocimiento por parte del bebé para que pueda discriminar a esta persona que de alguna manera lo “atiende a través de la mirada” (1995).

Durante la observación se detallan determinados aspectos del bebé:

- posición del bebé en la incubadora
- cambios posturales o gestuales al inicio y durante la observación
- las variaciones en los registros de monitoreo (ritmo cardíaco o nivel de saturación)
- el grado de tensión o relajación que la enfermera siente al apoyar su mano sobre la espalda del niño
- observa si el bebé responde a su mirada o toma el dedo que ella le ofrece
- si el bebé pesa más de 1800 gramos ella lo puede tomar en los brazos
- registra también sus impresiones acerca del bebé, su estado en ese momento, qué siente ella con respecto al bebé.

Tanto Neri como Duron dan importancia al trabajo con el equipo de enfermería y la necesidad de crear una mayor sensibilidad acerca de las necesidades psicológicas de padres y bebés.

8.12 Programa de intervención psicosocial para niños de alto riesgo

B. Lester y colaboradores llevan a cabo en el Infant Development Unit (IDU) Women and Infant’s Hospital de Rhode Island, un programa de intervención multidisciplinaria que provee apoyo y asistencia psicosocial a recién nacidos de alto riesgo y sus familias.

El incremento de la sobrevida de niños nacidos con muy bajo peso y con otras patologías orgánicas y sociales como exposición a drogas en el período prenatal, madres adolescentes o proveniente de hogares con graves conflictos sociales (border babies), obligó al IDU a desarrollar un programa que pudiera ser implementado desde el nacimiento del niño.

El grupo multidisciplinario está integrado por un director psicólogo, dos psiquiatras de niños y de familia, un pediatra del desarrollo, una enfermera, dos terapistas ocupacionales y dos trabajadoras sociales.

El modelo de intervención psicosocial con el recién nacido de alto riesgo y su familia (Lester & Meyer, 1994), está basado en ciertos principios teóricos. Estos son: 1) en determinados mecanismos que influyen en el resultado a largo plazo del desarrollo del niño, 2) en una teoría del sistema familiar 3) en principios de organización de un centro de atención de cuidados familiares 4) en el concepto de abordaje individualizado de la familia y el niño. Las intervenciones implementadas desde la unidad de cuidados intensivos revisten un objetivo preventivo, acompañando los desarrollos tempranos del niño, a partir de crear una adaptación positiva a las necesidades del niño y de su familia.

El concepto de intervenciones psico-sociales con la familia como parte de la atención en las unidades de internación incluye no solo a los padres del niño, sino también a todo el grupo familiar y está orientada a reducir el estrés de los padres, a brindar soporte emocional y orientación a la familia, e involucra a todos aquellos aspectos que pueden ayudar a la integración y estabilización afectiva de todos sus integrantes, ya sea durante la internación como así también acompañar el alta del niño y su inserción en el hogar.

Este programa de intervención se basa teóricamente en el modelo transaccional de Sameroff (Sameroff, 1988, 1989, Sameroff & Chandler, 1975, Sameroff & Fies, 1990, citado por Lester y colab., 1997). Este modelo plantea que el ambiente de cuidado es de suma importancia para el desarrollo del niño, particularmente las percepciones paternas acerca de aquellos bebés de alto riesgo, como así también la confianza en su cuidado y un buen vínculo entre el niño y sus padres.

De acuerdo a este modelo teórico el desarrollo del niño no implica una función de aspectos individuales solamente o de la experiencia del contexto. Los resultados del desarrollo son un

interjuego a lo largo del tiempo, de los factores propios del niño y de la influencia de la experiencia vivida.

Dentro del modelo transaccional, el desarrollo de niños de alto riesgo es visto como producto de interacciones mutuas y dinámicas entre la experiencia del niño y la provista por su familia o contexto social. Además hay un conjunto de influencias del medio ambiente que están dadas por los padres y la familia y que dan lugar a un “*environtype*” el cual sirve para regular el desarrollo del niño (Sameroff 1988, 1989, citado en Lester y colab. 1997). Ciertas prácticas culturales como el portar al niño en la espalda de la madre por ejemplo puede retrasar el logro de la marcha independiente.

El modelo transaccional es apropiado para trabajar con niños que no presentan un patrón normal de desarrollo, o que se podría decir que necesitan una crianza especial adaptada a sus necesidades individuales. Los niños internados en la UCIN, cumplen estas características. El modelo provee tres tipos de intervenciones : terapéuticas, redefinición y reeducación

Las terapéuticas se orientan a los cambios en la conducta del niño. Para niños de alto riesgo éstas pueden abarcar esfuerzos para mejorar el estado físico del bebé, como el armado de un nido para mantenerlo en una postura de flexión, conductas de alimentación, organización de los estados y de comportamiento.

El ayudar a una mayor estabilidad y organización del comportamiento del bebé, puede influir en el vínculo con sus padres, estimulando los cuidados de éstos y aumentando la probabilidad que el mismo niño estimule las competencias de cuidado de los padres.

Las intervenciones centradas en la redefinición, facilitan mejores percepciones e interacciones paternas

Los esfuerzos en la redefinición son apropiados cuando los padres ven al niño como anormal o se muestran poco dispuestos a proveer adecuados cuidados al bebé. Estos esfuerzos apuntan a que los padres puedan ver las capacidades del niño y en consecuencia promover interacciones positivas y fomentar el desarrollo del mismo.

Las intervenciones en la reeducación enseñan a los padres a conocer las habilidades y el nivel de desarrollo de su hijo. Se brinda información sobre las características de los bebés de alto riesgo y los cuidados que deben ser provistos en la medida de lo posible. El tercio de los niños seguidos durante su internación, luego del alta son visitados en el hogar.

A cada bebé y su familia se le designa una persona, que estará a cargo del cuidado del niño (care-manager”) quien será el encargado de orientar y acompañar a la familia y al niño. Un plan individual de intervención es desarrollado a partir del análisis de una entrevista semi-estructurada realizada con los padres de los recién nacidos de riesgo y las respuestas dadas a cuestionarios de autoevaluación estandarizados. En base a estos datos se analizan así las características del grupo familiar, por ejemplo sus habilidades y capacidades para participar en los cuidados del niño o sus dificultades, como así también el apoyo familiar y disponibilidad emocional materna.

En reuniones semanales se discute con todo el grupo multidisciplinario cuestiones ligadas a la atención de los niños y su familia. Transformándose el grupo en una red de sostén y orientación para el “care- manager”.

De la investigación a la práctica clínica

Lester y colab. (1997), organizaron primeramente una formación para aquellos especialistas que trabajan con recién nacidos de alto riesgo y sus familias. Así desarrollaron un programa de intervención psicosocial con un objetivo de formación para las personas que trabajan con estos niños y sus familias y a través de éste, brindaban un acercamiento teórico- clínico en el abordaje temprano.

Los recién nacidos prematuros fueron seleccionados como un grupo representativo de población de alto riesgo que podría sufrir retrasos o alteraciones en el futuro desarrollo.

Como sustento teórico se basaron en los conceptos del trabajo multidisciplinario en las unidades de cuidado intensivo, orientando la atención de los niños internados en un abordaje bio-psicosocial con el recién nacido y su familia. A su vez, el mismo podía ser aplicado en el abordaje temprano con recién nacidos de riesgo de diferentes orígenes, como problemáticas sociales: abuso, negligencia, abandono, fallas de crecimiento, hijos de madres adolescentes, exposición prenatal a drogas y otras.

En un segundo momento, completaron las funciones de formación con una investigación llevada a cabo con recién nacidos prematuros de bajo peso y sus familias (1994).

El objetivo que se tenía estuvo centrado en determinar la influencia de un programa de intervención psicosocial con bebés

pretérminos y sus familias, a través de un estudio experimental randomizado.

En el mismo se aplicó el modelo de intervención psicosocial (desarrollado durante la formación) a un grupo de 18 bebés prematuros con menos de 1500 gramos y sus madres; y como grupo control se tomó a otro formado por 16 sujetos.

Los grupos control y experimental fueron organizados aleatoriamente. Se excluyeron a aquellos recién nacidos que presentaban anomalías congénitas, retardos de crecimiento intrauterino, intervenciones de servicios sociales, expuestos a drogas, etc, como así también antecedentes psiquiátricos de alguno de ambos padres.

El programa de intervención incluía: aumento de contactos padres- bebés, asesoramiento a los padres acerca de la conducta del niño y apoyo emocional a los mismos.

Las diferentes intervenciones ayudaban a los padres a conocer sus propias necesidades y las de sus hijos, se detectaban factores familiares y sociales que podían afectar el desarrollo de los niños y se acompañaba a los niños y sus padres durante la internación y en el transito que implicaba el alta del niño.

Se tomaron como base 4 áreas de las intervenciones:

- 1) comportamiento neonatal
- 2) características, organización y funcionamiento familiar
- 3) futuro contexto de la crianza del niño
- 4) recursos sociales.

Cuestionarios estandarizados fueron completados en ambos grupos, por las madres al ingresar sus hijos a la unidad de internación y al alta. A su vez se filmaron situaciones de alimentación (artificial, con leche maternizada) que fueron codificadas por dos observadores independientes.

Como instrumentos de evaluación se tomaron:

- Datos demográficos
- Parental Stressor Scale- Neonatal Care Unit (PSS:NICU)
- Maternal Self Report Inventory (MSRI)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Family Environment Scale (FES)

En el grupo de intervención, los padres mantuvieron una entrevista semi estructurada, empleando el modelo de la Clinic Interview for parents of High-Risk Infants (CLIP) (Meyer, Zeanah,

Boukydis, Lester, 1993), que incluye las siguientes áreas: condición del embarazo y parto, relación con el bebé y sentimientos cómo madre, reacción a la UCIN y staff de la misma, apoyo familiar y social. Estas entrevistas permitían a ambos padres pensar y reflexionar acerca de los momentos que estaban atravesando. Este trabajo se efectuó cumpliendo un objetivo de investigación y también terapéutico.

Las intervenciones enfocada en el bebé, se realizaron sobre la base de evaluaciones del comportamiento neonatal a través de la Escala de Comportamiento neonatal de Brazelton (NBAS) así como también observaciones de las respuestas del bebé al recibir los cuidados específicos. Los padres participaban en estos diferentes momentos y se discutía acerca de cambios en el medio ambiente, brindándose orientaciones acerca de la alimentación del bebé e interacción entre ellos.

En el momento del alta se orientaba a los padres, y se facilitaba la vinculación con el equipo de atención que seguiría al niño al alta. Los hermanos, abuelos o personas significativas para los padres participaban interviniendo en las sesiones de evaluación del bebé.

Las intervenciones se iniciaban cuando el bebé se encontraba estable y tenía posibilidades de sobrevivir. La misma se extendía por un período variable de 3 a 17 sesiones dependiendo del estado clínico y afectivo de los padres y con una duración de tiempo entre 1 a 1,30 horas por semana. La persona a cargo del bebé “care manager” mantenía estrechos contactos con el personal de la unidad de internación, participaba en los pases de sala y compartían la toma de decisiones, tal como la planificación de las altas.

Resultados

Los instrumentos de evaluación mostraron resultados favorables para el grupo de intervención (I), en relación al grupo de control (C) comparando los obtenidos al inicio de la intervención y al alta del niño.

En el Parental Stressor Scale (PSS) (Miles y colab. 1993) las madres expresaron menor nivel de estrés en el grupo de intervención ($p < .05$) y en el Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck y colab. 1966) se observó una disminución en comparación con el inicio de la intervención y al alta en el grupo de intervención (I), no así en el de control (C)

Durante la alimentación que las madres del grupo de intervención daban a los bebés no se presentaron ciertos indicadores como náuseas o vómitos. Las madres interrumpían menos la alimentación de sus hijos, respetando sus ritmos. En el Maternal self-esteem (Shea & Tronick, 1985), en los dos grupos se observaron mejorías a lo largo de la internación del niño.

Modificación de las intervenciones

Esta investigación sirvió de base para plantearse la importancia de brindar asistencia clínica a otros grupos de pacientes de alto riesgo, tomando como referencia el encuadre, el programa de atención, las evaluaciones psicosociales y además los resultados favorables del estudio experimental.

Así en el IDU se comenzó a trabajar con aquellos pacientes que presentaban anomalías congénitas o que habían sido expuestos en forma prenatal a drogas, padres con enfermedades psiquiátricas o problemas sociales, como madres solteras, dados en adopción, etc. O sea aquellas poblaciones que no habían sido incluidas en el grupo de pacientes que atendían en el IDU originalmente.

Como parte de estos cambios se incorporó una Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal adaptada a bebés de alto riesgo (NNNS) (Lester & Tronick, 1994) en la que se incorpora a la evaluación de la NBAS items que representan indicadores de estrés en el comportamiento neonatal. Esto permitió en las evaluaciones del comportamiento neonatal de bebés de alto riesgo una detección temprana de signos de alarma en el neurodesarrollo del niño y la posibilidad de iniciar un abordaje de estimulación temprana con el niño y su familia.

8.13 Análisis de los diferentes programas de intervención

En la revisión bibliográfica efectuada por Patterson y Barnard (1990) sobre diferentes “Programas de intervención sobre recién nacidos prematuros y sus padres”, las acciones de acuerdo a los diferentes modelos, eran realizadas por distintos profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, especialistas en primera infancia, etc.); esto determinaría en parte la falta de precisión sobre cómo ayudar a los padres en las crisis emocionales que debían atravesar durante la internación y la manera en que distintas intervenciones pudieran operar sobre el estado psicológico de los

mismos. Los padres son tomados, como plantea Lester (1997), en función de las estimulaciones adecuadas que pueden realizar sobre sus hijos, y no ellos como objeto de las intervenciones.

Si se toman las palabras de Lebovici (1973) que plantea que la madre crea al bebé pero éste la hace madre, se puede pensar que bebés inmaduros, en el sentido que aún biológicamente no están en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno también “crearán” o darán lugar a padres inmaduros o prematuros que se mostrarán tan vulnerables como sus hijos para poder transformarse en “buenos estimuladores”. Los procesos que deben atravesar los padres durante la internación interfiere en los acercamientos tempranos con el recién nacido prematuro. Técnicas de cuidado como las llevadas a cabo en el programa “madre-canguero” favorecen los vínculos.

Por otra parte el poder poner palabras a lo que sienten los padres (sus afectos) y ayudarles a discriminar entre sus fantasías, temores, puede permitirles una mayor sensibilidad hacia sus propios estados afectivos y poder entonces “mirar a su bebé y comunicarse”. Para un padre resulta muy angustiante “mostrarle cómo comunicarse con su bebé”, cuando su dolor le impide acercarse a él. En consecuencia no basta sólo con “enseñar a los padres cómo comunicarse con el bebé”, sino que a través de crear enlaces entre sus fantasía, temores y realidad permitirles una mayor identificación y anticipación a las necesidades cambiantes del niño.

Coincidimos con Fava Vizziello (1992) quien plantea que el trabajo de neonatólogos y enfermeras en este tipo de servicios es muy complicado por las urgencias y emergencias que surgen. Estas pueden dificultar la necesidad del espacio y tiempo que los padres necesitan en esta situación tan delicada. A ésto se suma que muchas veces las posibilidades pronósticas durante el estado crítico del niño son en parte limitadas, dificultando la atención que requieren los padres ante estas crisis. Por su parte los médicos y enfermeras están absorbidos en su tarea en el cuidado clínico del niño.

La presencia del psicólogo con formación para esta función tan delicada y no involucrado en los cuidados somáticos del niño y en su supervivencia, permite mantener una postura de enlace entre unos y otros (niño-padres-equipo de salud). Ejemplo de ésto se pudo ver en el capítulo 5º sobre “Situaciones críticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales” o en las distintas modalidades de brindar sostén psicológico que se realizan en

diferentes unidades de internación neonatal de nuestro país como las llevadas a cabo en la Maternidad Sardá y otras instituciones tanto públicas como privadas (Gonzalez, 1996,2001)

Este es un aspecto muy delicado cuando los psicólogos no pertenecen a la planta del servicio de neonatología. En este caso pueden darse situaciones como las señaladas de acuerdo a la experiencia de Fava Vizziello (1992) en las que la autora se refiere a ciertas resistencias ofrecidas por algunos padres, ante las entrevistas que eran concertadas por la jefa de enfermería. De ahí que la modalidad de abordaje en la que se plantea una ayuda psicológica “in situ e inmediata”, resulta más adecuada para situaciones de crisis como las que deben atravesar los padres que tienen sus hijos internados en una unidad de cuidados intensivo neonatal.

El hecho de pertenecer y el que los padres conozcan que además de neonatólogos, enfermeras, etc., en la unidad encontrarán a alguien (un psicólogo), que los acompañe en estos momentos tan difíciles, permite la superación de las resistencias, ya que el espacio de la palabra también ocupa un “espacio”, además de los cuidados médicos y la tecnología que caracterizan a estas unidades (Oiberman, 2001).

Coincidimos con la Dra. Als (1995), quien plantea que el abordaje centrado en la asistencia individual del niño y su familia puede resultar amenazante para aquellas personas que basan “su identidad en la competencia profesional ligada a lo tecnológico”. Las máquinas pueden ayudar a poner distancia y defenderse de los afectos propios de aquellos que tienen a su cargo el cuidado de bebés inmaduros o enfermos.

La atención individualizada del niño basada en sus necesidades de autorregulación y comprensión de sus conductas de estrés, da lugar a una mayor sensibilidad en los operadores de las unidades de cuidado intensivo neonatal y en una humanización de éstas.

Si bien el Programa NDCAP desarrollado por la Dra. Als (1995,1997) es muy complicado para ser puesto en práctica, en especial en determinadas unidades de nuestro país, donde faltan los recursos y personal, su concepción ideológica de respeto a un “otro”, y la importancia de señalar los riesgos futuros que pueden traer las sobreestimulaciones y el no considerar las necesidades del niño, son de una significativa magnitud.

Los padres son tomados en cuenta en este Programa, pero no son el centro de la atención en sus aspectos históricos familiares

y vinculares establecidos con su hijo, ya que ésto estaría a cargo de otros profesionales o se daría en espacios como grupos para padres, entrevistas con la trabajadora social, etc.

El trabajo de prevención realizado por el Dr. Lester (1997) y su equipo en el IDU permite un abordaje más integral para el niño y su familia en el cuál se integran los aspectos ligados al entorno social y cultural. Si bien el marco teórico sobre el que se sustenta el Programa de Intervención psicosocial para niños de alto riesgo y sus padres, es en parte diferente al que se desarrollará más adelante, éste sirvió de base para la elaboración de la investigación realizada con recién nacidos de menos de 1500 gramos y 33 semanas de gestación y sus padres, que se efectuó en la unidad de internación neonatal del Hospital Italiano. Así como también para el planteo de estrategias de intervención tanto con los padres como con los bebés.

En el IDU de Providence EE.UU siempre interviene un grupo multidisciplinario en la atención, lo cual plantea la posibilidad de poder designar un “care manager” de acuerdo a las necesidades de cada niño y su familia. Esto está muy alejado de nuestras realidades, ya que no contamos con una unidad que se ocupe en exclusividad del desarrollo psicológico del niño pequeño y ésto sucede en la mayoría de nuestros hospitales.

La modalidad de trabajo planteada por Neri (1994), Duron (1997,1998) y Fava Vizziello (1992) se acerca más a las posibilidades de abordaje en nuestro país, donde el personal de enfermería y neonatólogos, quizás por cuestiones culturales se compromete más afectivamente con el niño y sus padres.

A su vez en nuestra población encontramos una mayor sensibilidad para relacionarse con los afectos (Huang, 1998) y los padres que están atravesando por una situación tan crítica como la que estamos desarrollando, se muestran receptivos a la presencia del psicólogo. Esto se debe en parte a que es muy difícil para un padre enfrentarse a la imagen “sufriente” de su hijo internado en una unidad de cuidados intensivos neonatales, en especial en los primeros momentos. Exige un gran esfuerzo psíquico, poder discriminar entre los sufrimientos psicológicos propios (su dolor) y lo que el bebé siente al salir antes del útero y dejar la protección del medio intrauterino. Las historias paternas pueden interferir estos encuentros y procesos de separación, discriminación e identificación con las necesidades de un bebé muy prematuro. De ahí que acepten sin mayores resistencias, que alguien pueda acompañarlos en estos momentos.

Se debe señalar además la importancia de explicar el neurodesarrollo del prematuro a los padres, ya que la imagen que tienen es la de un bebé a término y no comprenden las señales de su hijo, intentando comunicarse con el bebé prematuro como si fuera un niño de mayor edad gestacional. De ahí la importancia de los aportes de la Dra. Als sobre este aspecto y la implementación de un Programa de Intervención Mínima y Adecuada como el llevado a cabo en el Hospital Materno Infantil “R. Sardá” (Bocaccio, 1994). Sin embargo no sólo pueden quedar en el comportamiento del niño, sino en lo que éste les despierta a ellos como padres.

Los encuentros en la UCIN con ambos padres al lado de la incubadora del niño, planteados tanto por Neri (1994) y Duron (1997,1998) son de una gran importancia para el psicólogo. Requieren de éste un respeto para plantear solamente en la medida que ellos lo pidan y sientan la necesidad de un espacio personal para hablar de su experiencia emocional.

Esto es coincidente con nuestra postura y de hecho con muchos padres nunca se ha mantenido una entrevista a solas, en la pequeña aula que funciona como un espacio-semi privado. Sin embargo ya sea en el pasillo, sala de espera, salas de internación (UCIN, UCE) han abierto las puertas de sus propias vivencias y las necesidades del bebé.

Por otra parte el psicólogo debe contar además con una formación específica ligada al conocimiento del comportamiento neonatal para poder comprender las señales comunicativas de estos pequeños bebés.

El análisis de las observaciones realizadas por Neri (1994), Duron (1997/98) siguiendo el Método de Observación de lactantes de E. Bick(1964), permiten una mayor comprensión psicodinámica de la problemática que la internación genera para el bebé prematuro extremo, sus padres y el equipo de cuidado, médicos y enfermeras.

La capacidad de un observador que no participa en los cuidados del niño y que se ubica al lado de la incubadora “mirando al bebé”, sin nada que hacer, ni programar, transmite al grupo un mensaje pre-verbal, favoreciendo la emergencia de la función de atención e interpretación tanto de padres como de médicos y enfermeras. Así se rescata la singularidad del niño más allá de las máquinas que lo asisten o cuidados que requiera (Ruiz, 1996)

El trabajo de observación realizado por las citadas autoras con el personal de enfermería es de suma importancia por el compromiso emocional que requiere la atención de estos neonatos de

riesgo y sus familias y en este punto se plantea la cuestión que gira alrededor de la pregunta ¿quién cuida al que cuida?. Esta función de “observación” puede ser integrado al trabajo del psicólogo, pudiendo llegar a transformar tanto a neonatólogos, como personal de enfermería y psicólogos en una red de contención para ellos mismos.

La posibilidad de contar con un psicólogo que pueda ocuparse de otras cuestiones ligadas a la dimensión afectiva-vincular no es tan frecuente en nuestras unidades de internación neonatal. Sin embargo en los últimos años se ha observado un cambio en este punto y una mayor preocupación hacia los aspectos vinculares y de relaciones. Ejemplo de esto es el trabajo llevado a cabo en la subcomisión de Seguimiento de neonatos de alto riesgo de la Sociedad Argentina de Pediatría, en donde profesionales de diferentes especialidades se integran en una labor conjunta.

Cambios desde los dos lados, desde las unidades de cuidado intensivo neonatal que comienzan a abrirnos las puertas, sensibles a otros aspectos que van más allá de la tecnología y cuidados médicos y desde los psicólogos, la necesidad de una formación especializada en la atención de la perinatalidad.

8.14 Bibliografía

Als, H. y Gibes, R. (1986), “*Newborn individualized developmental care and assessment program*” (NIDCAP), Boston MA Children’s Hospital.

— (1989), “Self-regulation and motor development in preterm infants en Lockman J, Hazen N (eds)”, en: *Action in Social Context. Perspectives on Early Development*, pp , New York: Plenum Press; 65-97.

— (1995), “Developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit”, en *Zero to Three*, National Center for Clinical Infant Programs; 15 (6): 1- 10

— GILBERSON, L. (1997) “The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants”, en: *Seminars in Perinatology*, vol 21, n° 3: 178-189.

BICK, E. (1964) “Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training” en: *International Journal of Psychoanalysis*, 45: 484-486.

- BOCCACCIO, C.; DINERSTEIN, A.; GONZÁLEZ, M. A. Y ASCURRA, G. (1994), “Aspectos relacionados con el psiquismo y desarrollo del recién nacido”, en: *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XIII, Nº2: 53-59.
- DURON, C. (1995) “Comment l’esprit vient au corps en néonatalogie en Lacroix”, en: M. B. MONMAYRANT M., *Les liens d’emerveillement* èrès. Francia; 209 - 248.
- DURON, C. (1997) “Les soins aux nouveau-nés en médecine néonatale”, en: CUPA, D. Y LEBOVICI, S., en *En famille, à l’hôpital. Le nourrisson et son environnement* La pensée sauvage, éditions. Francia; 221- 240.
- DURON, C. (1998) “Un bébé en néonatalogie en Soussan” en: P.B(comp.), *Le bébé à l’hôpital*, SYROS, Paris.
- GONZÁLEZ, M. A. (1996) “Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales”, en: *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XV, Nº 2 : 87-91,
- GONZÁLEZ, M. A. (2001) *Comunicación personal*.
- GORSKY, P.; HUNTINGTON, L. Y LEWKOWICZ, D. (1990) “Atención de niños pretérminos en hospitales: controversias respecto al momento oportuno de estimulación”, en: LESTER Y TRONICK, *Clinicas perinatológicas*, Interamericana-Mcgraw-Hill : 103-124.
- HUANG, J. (1998), “*A cross-cultural análisis of the Neonatal Intensive Care Unit. Buenos Aires, Argentina vs Providence, R.I. USA*”, Tesis inédita de maestría en Anthropology, Brown University R.I. USA.
- FAVA VIZZIELLO, G.; ZORZI, C. Y BOTTOS, M. (comp) (1992) “La asistencia psicológica a los padres”, en: *Los hijos de las máquinas*, Nueva Visión Buenos Aires 1993.
- FAVA VIZZIELLO, G. (2000) *Los padres en terapia intensiva neonatal*. Ponencia presentada en el 5º Simposio Internacional de Actualización pediátrica Dr. Carlos Gianantonio: “La medicina neonatal a fin de siglo: una evaluación crítica de los resultados y perspectivas en el futuro próximo”. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- LESTER, B.; BIGSBY, R.; HIGH, P. Y WU, S. (1996) “Principles of Intervention for Preterm Infants in the NICU”, en: *10º Canadian Ross Conference in Pediatrics, Optimizing the neonatal Intensive care environment*, March pp.80-86.
- LESTER, B. BIGSBY, R. MEYER, E.C. (1997) *Training program in psychosocial intervention for high-risk infants and their families-*

- Material bibliográfico de formación dictado en Women & Infant's Hospital and Brown University Program in Medicine Providence, RI.
- LEBOVICI, S. (1973), *El lactante, su madre y el psicoanalista*, Amorrortu editores, 1983.
- MARTINEZ, C. (1996), *Avances y redescubrimientos en la asistencia del recién nacido*, Cesarini hnos. Editores, Buenos Aires.
- MEYER, E.C.; GARCÍA COLL, C.T.; LESTER, B.M. Y BOUKYDIS, C.F.Z. (1994) "Family Based Intervention Improves Maternal Psychological Well-being and feeding interaction of preterm infants", en *Pediatrics*, 93(2) 241-246.
- NEGRI, R. (1994) "L'observation du nouveau-né gravement prématuré", en: SANDRI, R. (comp), *L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses application*, Colletion L'Enfant, CESURA, Lyon.
- (1995) "Observation de la vie fœtale", en: LACROIX, M.B Y MONMAYRANT, M. (comp.), *Les liens d'émervillement*, ères Francia; 127-136,
- (1999) "D'alarme de précoces de symptômes et précoces de psychopathologie", en: *Devenir*. Suiza; n° 3 :13-24
- PATTESON, D. Y BARNARD, K. (1990), "Parenting of low birth weight infants: a review of issues and interventions", *Infant Mental Health Journal* vol 11:37-65.
- OIBERMAN, A., "Experiencias de nuestro país: Seminario Internacional, en: "El bebé tiene la palabra. Aproximaciones a la psicología perinatal", Fac. de Psicología, Secretaría de extensión.
- RUIZ, A. L. (1996) "Acompañamiento psicológico a diadas madre-bebé prematuro", en: *Libro de Actas de II Coloquio Internacional sobre Observación de lactantes-método E. Bick*. Editado por Asociación Bick España. Año 1997.
- WYLY, V. Y WILSON, J. (1995) *Premature Infants and their Families*, Singular Publishing Group I, Inc. San Diego, Londres.

Capítulo IX

Programa de intervención psicológico sobre el recién nacido prematuro y sus padres

9.1 Descripción del Programa de intervención psicológica

Para una mejor transmisión del abordaje clínico y los dispositivos terapéuticos desarrollados fue organizado un programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres, llevado a cabo durante la internación. Este constituye la primer etapa del seguimiento de estos niños que al alta del bebé, será continuado por un equipo interdisciplinario constituido por médicos neonatólogos, pediatra, terapeuta física, fonoaudióloga, psicóloga.

Este programa consiste en un abordaje transdisciplinario y multifactorial. Transdisciplinario porque profesionales de diferentes disciplinas intervienen en el mismo, en este caso médicos, personal de enfermería, psicólogo, etc. y las acciones asistenciales surgen de la integración de los diferentes profesionales que interactúan con los padres y a su vez participan activamente en el cuidado y atención del niño. No se centra sólo en el bebé, sino también en la interacción entre padres e hijos y en el estado afectivo que pueden presentar los padres durante la internación del hijo ya que estos podrían tener influencia en la construcción corporal y subjetiva del niño. Ejemplo de esto pueden ser las dificultades encontradas en el desarrollo del niño como ciertos retrasos en la marcha o en el lenguaje o el síndrome del niño vulnerable y la paternidad compensatoria que surge a posteriori de estas primeras experiencias.

Por lo tanto, no gira solo en el bebé como objeto de las diferentes intervenciones y en mejorar su neurodesarrollo, situación en la que los padres cumplen determinados roles y son involucrados como vehículos de las acciones efectuadas con el bebé, por ejemplo, sino que los padres y sus necesidades afectivas son el centro de las acciones y de los cuidados que se prodigan.

Este enfoque diferente se amplía en una mejor integración del niño nacido prematuro con su núcleo familiar, del cual es durante su internación, un miembro presente- ausente.

Se basa en diferentes aspectos e intervenciones clínicas que se describen a continuación:

- la asistencia y acciones de intervención están ligadas a la constitución subjetiva y prevención de futuros trastornos en el desarrollo del niño, así como a las interacciones entre padres e hijos y su repercusión en los procesos de parentalización y filiación.
- las intervenciones se basan en la singularidad de cada uno de ellos y en sus necesidades específicas, difiriendo de otros abordajes en los cuales las acciones se brindan por igual a toda una población con características homogéneas.
- los dispositivos terapéuticos llevados a cabo no surgen de un “problema-base”, como hipótesis de los profesionales, sino de las características y necesidades del niño, sus padres, de la historia de ambos, de su contexto familiar y socio-cultural.
- es multifocal ya que las acciones giran alrededor de la integración de diferentes aspectos:
 - las características del niño
 - la interacción padres-niño
 - organización y funcionamiento del grupo familiar
 - equipo de atención (médicos, enfermeros, psicólogo, otros profesionales intervinientes)
 - medio ambiente de la unidad de internación
 - contexto socio-cultural de la familia

9.2 Bases del Programa

La experiencia adquirida en la atención dada a los neonatos internados y sus familias permitió la elaboración de un abordaje clínico que como se mencionó anteriormente se organizó como programa de intervención a fin de transmitir el conjunto de una

sucesión de etapas , acciones, etc. llevadas a cabo. Este programa desarrollado durante la internación surgió históricamente de diferentes experiencias:

- De observaciones realizadas en la unidad de cuidados intensivos e intermedios de la División Neonatología del Hospital Italiano, de la ciudad de Buenos Aires. Estas constituían la aplicación clínica de la formación dada a través de los Seminarios de Observación de lactantes método E. Bick (1964) coordinados por Kamala Di Tella (Ruiz, 1996, Roitman, Ruiz,1996) cómo fue descrito en la introducción de esta tesis. El análisis de las diferentes observaciones de la interacción padres y bebé a lo largo de la internación, como las del bebé prematuro de diferente edad gestacional y estado clínico, permitieron realizar *una lectura microscópica* de diferentes eventos emocionales que se basaba en la descripción de los signos mínimos dados por los datos corporales del bebé, de los comportamientos y palabras de sus padres y del entorno de la unidad, incluidos neonatólogos y enfermeras, como también de lo vivido por el observador ante lo observado. Por otro lado se efectuaba *una lectura macroscópica* de la observación con la intención de integrar el material de ésta a aspectos teóricos, como ha sido en parte desarrollado en los temas referidos a "La paternidad prematura" (cap. 3º) y el "Lenguaje corporal del bebé prematuro: pensar al bebé" (cap.4º).

Estas dos lecturas del material de observación permitieron buscar correlaciones significativas entre los datos proporcionados por las transcripciones, identificando así signos y variaciones más o menos estables que dieron lugar a la creación de una suerte de historia y de geografía del espacio psicológico del nacimiento prematuro para el bebé y sus padres. De esta forma se organizó el Programa a partir de diferentes momentos que atraviesan los padres, en la madre por lo planteado en referencia al registro desde lo corporal y mental que exige la maternidad y a los procesos mentales ligados a la paternidad que se verán afectados por la interrupción del embarazo en períodos muy tempranos. Dichos momentos son:

1º momento: impacto ante el nacimiento prematuro, la creación de una membrana extrauterina.

2º momento: primeros contactos padres-prematuro, facilitando los encuentros con un bebé real.

3º momento: interacción cercana, fortalecimiento de funciones maternas y paternas

4º momento: preparación para el alta, segundo nacimiento del bebé

- Por otra parte el trabajo con el personal de enfermería permitió conocer los movimientos transferenciales y contratransferenciales del grupo de atención de estos niños. Esto facilitó una mayor comprensión acerca de los diferentes aspectos psicodinámicos que moviliza el trabajo en una unidad de cuidados intensivos donde los bebés “crecen”, “maduran”, “se curan”, se van a su hogar, con o sin secuelas de esta etapa, u otros fallecen durante la internación.
- La invitación de la Dra. Nora López a las reuniones de padres de prematuros, permitieron poder escuchar las diferentes vivencias de estos padres ante la internación de sus hijos y la relación con médicos y enfermeras
- La formación en la atención de recién nacidos de riesgo, que se implementa en el Programa de Intervención Psicosocial para neonatos de alto riesgo y su familia, llevado a cabo en el Women & Infants de Rhode Island por el Dr. Lester y su grupo de trabajo, permitió triangular los datos de las observaciones y relatos grupales con otros métodos más formalizados en protocolos estructurados, como la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal para neonatos de alto riesgo NNNS (Lester B.& Tronick E,1996) o las observaciones neuroconductuales basadas en la teoría de la Dra. Als (1995) desarrollada anteriormente, y que permitieron elaborar algunas estrategias de abordaje.

El Programa de intervención psicológica para bebés prematuros RNMBPN (Ruiz 1997) sus padres se basa en los siguientes objetivos:

- reconocer las necesidades biopsíquicas del niño y sus padres desde los primeros momentos de la internación.
- acompañar los procesos de reorganización materna y paterna a través de la creación de una matriz de apoyo y sostén psicológico para la misma.

- favorecer las interacciones entre recién nacido prematuro, su madre, padre y entorno familiar.
- detectar factores de protección y vulnerabilidad bio-psico-social del niño y la familia.
- orientar al equipo médico y de enfermería teniendo en cuenta la individualidad del neonato prematuro y su familia.
- crear un espacio para lo psicológico en las unidades de cuidado de internación neonatal.

Este programa se basa en la hipótesis que el nacimiento prematuro interrumpe en los padres el proceso de anidación biopsíquica del futuro hijo, dando lugar a un suceso no esperado y que produce una vivencia de lo traumático y procesos de duelos como fue desarrollado anteriormente. Los padres deberán crear un espacio psicológico para el niño y para ellos como padres, espacio que se encuentra en vías de formación.

En el recién nacido este nacimiento prematuro, le exige un esfuerzo de adaptación a un medio extrauterino para el que aún no se encuentra preparado. Por lo tanto la prematurez es tanto del niño como de los padres generando una perturbación de la economía libidinal familiar y la emergencia de diferentes defensas ante el dolor psíquico (Maldavsky, 1994)

Esta situación, puede dar lugar a que estos primeros momentos vividos durante la internación del niño influyan en las representaciones e interacciones padres-hijo afectando el futuro desarrollo de éste.

El enfoque clínico de este programa se centra en las interacciones entre padres e hijos, ya que la historia previa paterna y representaciones, como temores, fantasías, actúan a través de esta y adquieren una influencia directa sobre el cuerpo del bebé. Los encuentros entre ambos facilitan los procesos de separación e identificación entre las necesidades del hijo y los aspectos emocionales de los padres. Los diferentes duelos que fueron desarrollados anteriormente pueden influir en la conducta materna observable transformándose en comportamientos interactivos que pueden dejar sus huellas en el niño.

Se debe aclarar, que el niño no es una víctima pasiva de las representaciones maternas y paternas, sino que en cierta manera colabora para que ellas se den. Así fue analizado cuando se desarrolló la problemática de los nacidos con muy bajo peso al nacer y el surgimiento de la vivencia de lo traumático.

El recién nacido prematuro dispone, de acuerdo con lo desarrollado en el capítulo sobre el lenguaje corporal, de ciertas capacidades comunicacionales, preferencias innatas y tendencias hacia la acción que despertarán en los padres diferentes reacciones y vivencias. Así podemos decir que los padres crean un niño pero que el niño también los hace padres en una relación dialéctica entre ambos.

De tal manera el enfoque clínico analizará:

- *El anclaje interactivo*: interacción P/BP representaciones (temores, fantasías)
- *El momento emergente*: que es definido como la aparición de una acción procedente de una representación activada que conforma y orienta el actuar en sí mismo. (Stern, 1995, p. 64).

A través de la observación de la interacción comportamental entre el recién nacido prematuro y sus padres se identifica cuándo se produce este *momento emergente*; en qué momento se da: en la internación en UCIN o en UCE; cuándo se da: cuando el niño está en brazos, en la incubadora, etc. y qué determinadas acciones constituyen micro-sucesos, por ejemplo sobreestimar al niño cuando éste se encuentra en un estado de sueño profundo, ya que se espera que el niño siempre esté dispuesto a comunicarse con el adulto e interfiriendo en el logro de un equilibrio homeostático y en la cualificación de ritmos endógenos y exógenos.

Los micro-sucesos pueden ser definidos como acciones observadas que expresan motivos, temores, fantasías representaciones, etc. que regulan el compromiso, disponibilidad (en forma especial de la madre) y la respuesta del bebé. Según Stern (1995, p. 87) ésta constituye una primera “lectura etológica” o microscópica como fue planteado anteriormente. Posteriormente una lectura histórica individual que en este caso, consistirá en una entrevista realizada dentro de la sala de internación del niño u otro espacio y que enriquecerá la lectura clínica del material observado. Así se analizarán ciertos aspectos intrapsíquicos paternos como la estructura pulsional y anímica preexistente, las defensas que surgen ante el dolor psíquico y que hacen a la posibilidad de cambio o no de los contenidos mentales en función del contexto o estado clínico del niño.

Debe aclararse que si bien el objetivo primario es la interacción entre padres y bebés, otros miembros de la familia como hermanos y abuelos también pueden ser el centro de las miradas a tra-

vés del análisis de las posibles perturbación en la economía familiar.

A continuación se detalla el diagrama del programa de intervención. Cada etapa es definida por una tarea que deben llevar a cabo entre padres-bebé. En función de la misma se plantean objetivos, variables y se ejemplifican estrategias de abordaje.

9.4 Programa de intervención psicológica sobre el RNMBPN y sus padres

MOMENTOS	OBJETIVOS	VARIABLES A TENER EN CUENTA	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
1° momento: Impacto ante el nacimiento prematuro: la creación de una membrana extrauterina.	Crear un espacio de contención para los padres y la familia. Facilitar la creación de una matriz de apoyo y sosten para la madre.	Historia materna, grupo familiar, sosten y riesgo social.	Información acerca de las rutinas de la UCIN. Explicaciones acerca del concepto de edad corregida, formas de acercamiento al bebé. Anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (Ej: dejar al bebé internado en el hospital)
2° momento: Primeros contactos madre-prematuro: facilitando los contactos con un bebe real.	Elaboración de los diferentes duelos. Facilitar las capacidades paternas de identificación acerca de las características y necesidades del bebé prematuro. Detección de factores que pueden interferir en estos procesos. Desarrollar los procesos de identificación materna. Organización familiar.	Desde el pre-maturo: edad gestacional, estado clínico comportamiento neonatal, organización, conductas de estrés y evitación. Historia conyugal y parental. Personalidad materna, nivel de ansiedad, fantasías y temores acerca de ella como madre y su bebé.	Explicación a los padres de la necesidades de control homeostático del bebé prematuro. Observación de signos de desorganización, sobreestimulación, etc Integración con otros padres de prematuros, organización de horarios de visitas, etc. Creación de espacios para la madre que faciliten el reconocimiento de sus necesidades.

Continúa »»

MOMENTOS	OBJETIVOS	VARIABLES A TENER EN CUENTA	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
3° momento: Interacción cercana. Fortaleci- miento de las funciones paternas.	Favorecer las fun- ciones maternas de holding y handling (Winnicott) y la empatía cenestésica (Spitz). Rescatar la singularidad del bebé. Favorecer la lactancia materna.	Características del prematuro, observación de sus diferentes subsistemas. Organización de sus estados. Capacidad ma- terna de antici- parse a las ne- cesidades del bebé, organiza- ción de cuida- dos, sostén, manipulación.	Observación de los recursos del bebé prematuro, formas de inhibir movi- mientos repenti- nos, sobresaltos, temblores, etc. Regulación de los estados. Elaboración de un plan de estimulación del bebé.
4° momento: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé.	Organización de un ambiente de cuidado apropiado para el bebé. Integración del bebé al grupo familiar. Presentación del equipo de segui- mientos de niños prematuros.	Factores ambientales y de riesgo social. Grupo familiar.	Planificación con- junta entre equipo de cuidado del bebé y sus padres sobre el alta. Organización del hogar. Presentación del plan de seguimiento.

El abordaje clínico se inicia ni bien el niño es internado en la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta su estado clínico, entorno familiar y social.

En algunos casos, como los mencionados en relación al fallecimiento del bebé y citado en capítulos anteriores, las acciones se centran alrededor de esta situación.

Con otros padres el trabajo se centraliza en las posibles secuelas que pueden quedar en el niño como consecuencia de las complicaciones que por su inmadurez surgen a lo largo de la internación. El psicólogo establece un enlace entre equipo de atención del niño y la posibilidades de brindar algunas pautas de estimulación a éste. Por lo tanto, los momentos clínicos de la atención psicológica, se desarrollan girando alrededor de las necesidades especiales que tiene y continuará teniendo este niño a lo

largo de su vida. Necesidades que plantearán una crianza diferente.

En consecuencia se brinda asesoramiento tanto a los padres como al equipo de salud, acerca de diferentes lugares donde podrá continuar recibiendo atención el niño, como gabinetes de estimulación temprana o con qué recursos cuenta la comunidad

Al contar el psicólogo con formación en educación especial le permite tanto al equipo médico y de enfermería como a los padres, una mirada más realista de la situación de los niños con secuelas orgánicas y no interferida por sus temores y defensas contratransferenciales.

Se debe señalar que el trabajo de investigación que forma parte de esta tesis se centrará exclusivamente en la atención a niños nacidos prematuros de muy bajo peso y edad gestacional RNMBPN, sin otras patologías.

A) 1º momento: Impacto ante el nacimiento prematuro, la creación de una membrana extrauterina

La primera entrevista se realiza en distintos momentos que pueden ser: cuando la madre está internada en una habitación de la maternidad, cuando el padre visita a su hijo o en las primeras visitas al recién nacido por parte de ambos padres. Dentro de lo posible, se intenta que éstas se lleven a cabo en las primeras horas posteriores al nacimiento del niño.

Las mismas tienen como objetivo crear un espacio de contención para los padres y conocer ciertas cuestiones ligadas al nacimiento prematuro como tal, que los llevarán a analizar la vivencia de este acontecimiento y sus posibilidades de reorganización. Se toman en cuenta ciertos criterios para analizar sus relatos acerca de este evento, como la impredecibilidad y lo sorprendente que puede haber sido o no, como así también la estructura pulsional y anímica preexistente.

Lo imprevisto e irruptivo de un acontecimiento como el nacimiento del niño en una fecha muy alejada de la esperada crea un estado afectivo de inseguridad, en el que se pierde cierta legalidad como “fecha probable de parto”, ligada a una ley natural de 9º meses de gestación. La madre puede sentirse culpable, como se describió anteriormente, perdiendo la confianza en su propia capacidad de poder gestar, prevaleciendo la desesperanza y sensación de desprotección. Pudiendo darse, además una desorganización de sus funciones maternas, que requieren de un cierto

tiempo interno. Surgen así diferentes mecanismos de defensa del orden de la desmentida y desestimación que estarían relacionados con ciertas variables que se deben tener en cuenta: historia materna, de la pareja, de este embarazo, grupo familiar, sostén y apoyo familiar como así también el entorno socio-cultural.

Por otra parte se establecen las posibilidades maternas de crear una matriz de apoyo y sostén que le permita organizarse y poder atravesar estos momentos.

Como dispositivos clínicos se plantean, en algunos casos, poder brindar cierta información oral o escrita acerca del nacimiento prematuro y las unidades de cuidado intensivo neonatal. En general esta información suele ser dada por los médicos neonatólogos y enfermeras pero en la entrevista con el psicólogo pueden surgir ciertos interrogantes o dudas que son producidas por los movimientos defensivos que realizan los padres o miembros de la familia en un intento de poder comprender que les está sucediendo.

Se plantean ciertos hechos que para la madre en especial pueden ser dolorosos, como el dejar el hospital y regresar a su hogar “sin el bebé y sin la panza”. De ahí lo planteado en relación a la matriz de apoyo y sostén que requerirá la madre en estos momentos. Las estrategias de abordaje se discuten y se elaboran conjuntamente con el resto del equipo tratante en especial con la enfermera que tendrá a cargo el bebé.

Se brindan los siguientes ejemplos:

Encuentro al padre de I., nacido de 26 semanas de gestación y con un peso de 660 gramos, al lado de la incubadora de su hijo de tres días de vida. Lo saludo, me presento y le pregunto cómo está su esposa, quien se encuentra internada en terapia intensiva de adultos, ya que el nacimiento se produjo por una eclampsia grave. Me dice que ella está bien, que quería conocer al bebé y él le sacó una foto para que lo viera. Esto la tranquilizó. Tienen un hijo mayor de 10 años que ya conoció a su hermano. No son de Buenos Aires, y su hijo mayor debió regresar a su ciudad para continuar con sus estudios. Está haciendo los trámites para que su esposa pueda quedarse en un hotel cuando salga de la internación. Me hace preguntas concretas sobre trámites, horarios de visitas y a qué médico tiene que preguntarle cómo está el bebé. Se le comenta a la neonatóloga de guardia y los presento. Durante los momentos que estuvimos al lado de la incubadora del niño, el padre apenas si lo miró.

De acuerdo con lo conversado con el padre, se puede observar que este comprende las necesidades de la madre y desea realizar algo para poder ayudarla y mejorar la situación. Por ejemplo: le sacó una foto al bebé, está pensando dónde puede alojarse luego del alta, hace participar a su hijo mayor: “ya conoció al hermano” expresó. No habla ni mira a I. quien se encuentra con un respirador y por su tiempo gestacional y peso, lo asisten una alta tecnología y cuidados especiales. Se puede decir que el desvío de la atención expresado en no mirar al hijo y pedir los informes médicos, quizás en esta situación para este papá puede ser útil, ya que debe hacerse cargo de varios asuntos y sobreponerse a los mismos y efectuar un esfuerzo de reorganización a las reales circunstancias.

Como elementos a tener en cuenta y que pueden transformarse en desorganizadores de la economía familiar, se debe mencionar el desarraigo de su ciudad y que la madre seguramente permanecerá sola durante algún tiempo en la internación del bebé.

A continuación se relatará otro ejemplo:

Los abuelos ingresan a la unidad de internación una vez por día para ver a sus nietos en nuestro hospital. L. tiene 48 horas de vida, nació con un peso de 1320 gramos y 32 semanas de gestación. Escucho que su abuela le pregunta a la enfermera a cargo de éste como se encuentra. La enfermera le dice que bien, pero que las informaciones se las brindan a los padres, que les pregunte a ellos. La señora asiente pero vuelve a formular la pregunta acerca de cómo está su nieto. La enfermera la tranquiliza y le dice que no se preocupe, que su nieto está bien. Observo que toma una silla que le ofrece esta última y se sienta al lado de la incubadora y comienza a llorar apoyada en el vidrio. Me acerco y tocando su espalda le digo: “—¿cómo está? ¿asustada?” Y me presento.

Me dice que sí, que L. fue un bebé muy esperado, que sufre pensando en todo lo que lo esperaron su hijo y su nuera; los esfuerzos de ésta por quedar embarazada. Que fue un embarazo muy complicado, con reposo, hasta que se decidió realizar una cesárea. Me pregunta “—¿está bien, no?” le contesto: “—¿qué le comentó la enfermera?” Me dice que sí, que estaba bien. Le digo que quizás esté asustada por que no entiende tanta tecnología y el ver a su nieto también muy esperado por ella, rodeado de tantos aparatos, quizás la asuste y le dé sensación de “enfermedad”. Le explico que L. no es un bebé enfermo, es

un bebé inmaduro y que van a ir acompañando su crecimiento fuera de la panza. Le explico en función de la edad gestacional de L., cuál es el comportamiento esperado, cómo acercarse y no sobre-estimularlo, por qué realiza determinados movimientos, por qué no tiene los ojos abiertos como ella desearía y cómo puede hacer para poder comunicarse con su nieto. Le digo que le voy a dar algo para que lo lea y le lleve a su hijo y nuera así pueden entender a L. además de una poesía que si bien dice “Carta de un prematuro a sus padres” (M. Larguía,) también puede ser para los abuelos. Me dice que le va a sacar una fotocopia para sus consuegros.

De acuerdo con lo conversado con la abuela paterna, los padres de L. cuentan con un apoyo y sostén familiar importante. El embarazo patológico puede haber creado un estado de desvalimiento familiar y si bien el nacimiento prematuro no ha sido algo irruptivo, la inmadurez de L. puede dar lugar a que este niño quede ubicado en el grupo familiar como “el vulnerable y frágil”. De ahí la importancia de poder decodificar las señales de éste y establecer un enlace entre las capacidades de comunicación del bebé y su abuela rescatando la subjetividad del bebé.

Se describirá otro ejemplo:

Concurro a la habitación de la madre de L. a las 32 horas del nacimiento. La niña nació con un peso de 1520 gramos y 33 semanas de gestación. Encuentro a la madre sola. Me presento y comienza a hablar; dice que perdió dos bebés anteriores, que estaba todo bien en su embarazo, que fue a la farmacia a tomarse la presión por que no se sentía bien y le dijeron que concurra de urgencia al hospital a ver a su médico obstetra, ya que estaba con la presión muy alta. La atendieron en la guardia y le plantearon la necesidad de hacer una cesárea debido a su presión arterial.

Se asustó mucho, no conoce a su hija pues debió hacer reposo. Recién la visitó el obstetra y le autorizó ir a la unidad de internación y conocer a L., pero su esposo no viene hasta la noche de acuerdo con lo conversado con él. No cuenta con familia que la puedan acompañar. Le ofrezco buscar una silla de ruedas y llevarla a la terapia intensiva para que conozca a L. Previamente a la visita de la madre, había conversado con la enfermera y ésta me señaló que L. estaba muy bien y que la madre no había venido a verla.

La madre se muestra ambivalente, no sabe que hacer. Le pregunto por sus otras pérdidas, si fueron abortos o nacieron. Me explica que abortos espontáneos, pero para ella eran un hijo. Le transmito lo que me explicó la enfermera, que L. estaba muy bien.

Acepta y busco una silla para llevarla. En realidad esta situación ayudó a la madre, ya que mi torpeza para conducirla resultó motivo de burla del personal de enfermería de la maternidad.

Al entrar a la unidad le explico cuál es su hija, donde está ubicada su incubadora.

Se acerca al vidrio y la enfermera le abre las puertas para que pueda tocarla y dice:-“qué divina, qué chiquita”. La enfermera le dice que si quiere puede tenerla en brazos y la ayuda para que se desprenda su ropa y colocársela piel a piel sobre su pecho. La acaricia, toca sus manos, pies, le habla cambiando los tonos de su voz. L. se mueve y se amolda al cuerpo de su madre.

En la madre de L. lo imprevisto del nacimiento prematuro más sus pérdidas anteriores, tiñeron de temor el nacimiento de esta niña. El poder entrar en contacto directo piel a piel con su hija le ayudó a disminuir sus temores y reorganizar sus representaciones acerca de ella como madre y de su hija. Como elemento a tener en cuenta se puede mencionar, además de lo señalado, la falta de apoyo familiar; situación que puede traer aparejada la necesidad de una figura “materna” que le permita a la madre identificarse con los cuidados que requiera el bebé y sentir que ella puede brindárselos además de sentir que puede querer y ser querida por este bebé. Función que en este caso cumpliría la enfermera a cargo del niño.

En los siguientes ejemplos se observa cómo las estrategias de intervención se adaptan a las necesidades de cada familia, lo cual implica ir siempre un paso a atrás y cómo las acciones del psicólogo se integran con el equipo de atención del recién nacido: neonatólogos y enfermeras.

B) 2º momento. Primeros contactos padres-prematuro: facilitando los encuentros con un bebé real.

En esta etapa la función será acompañar a los padres y en especial a las madres durante la internación, como así también responder a las necesidades de los bebés quienes en estos mo-

mentos estarán centrados en la búsqueda de un equilibrio homeostático y los mecanismos de autorregulación que les permitirán ir construyéndose (Als, 1986).

Se estimula la interacción mamá-bebé a través de la creación de una “matriz de observación” (G. y M. Haag, 1984) a través de la cuál podrá ir cambiando las representaciones que tiene de sí misma y de su bebé. Se enriquecen los procesos identificatorios y la función materna de anticipación a través de los cuales los padres pueden comprender las necesidades de este niño.

“La preocupación materna primaria” (Winnicott, 1956), descrita por este autor se puede ver interferida por los duelos que deben atravesar los padres, en especial las madres y dar lugar ante este bebé tan rodeado de tecnología a una “preocupación médica primaria”, ocupándose del funcionamiento de los aparatos y “no de poder ver” a su hijo. Frente al temor a la muerte de este bebé tan rodeado de tecnología (“duelo anticipado”), algunos padres pueden buscar “respuestas motoras”, como signos de estar vivos.

Es por ésto que se mencionó anteriormente el papel importante que desempeña el personal de enfermería en la formación de la representación del hijo como real de acuerdo a lo definido por Lebovici (1983) y en la creación de una matriz de sostén (Winnicott, 1960, Stern, 1995).

Por lo tanto en estos momentos nos centramos en **una estimulación contingente**, en la que los acercamientos de los adultos, en especial de sus padres y familia: hermanos y abuelos, se adecúan a los niveles de tolerancia del bebé y que no se transformen en una sub o sobreestimulación. Esto implica identificarse con sus necesidades, cumpliendo un rol protector, de membrana protectora contra los estímulos (Freud, 1915) como se mencionó anteriormente.

Escuchar qué relata la madre, qué cambios se producen en el bebé ante el contacto con ella, ayudará a entender los caminos que recorren ambos (“momento emergente”, Stern, 1995)

Se pasará a relatar unos ejemplos:

E. nació con 27 semanas de gestación y un peso de 1060 gramos, de parto.

Observación de E.: tiene 15 días de vida, pesa 1200 gramos.

Edad post menstrual 27 semanas, 15 días.

Sin respirador, posición en decúbito dorsal, piel rosada, ritmo cardíaco 160/170

Respiración irregular. Miembros inferiores semi-flexionados, superiores extendidos, movimientos irregulares, temblores, frunce el ceño. Estado de somnolencia generalizado, el nido armado mantiene su postura en flexión.

De acuerdo con la observación este bebé no presenta ningún indicador de estrés y su nivel de comportamiento es esperable para su nivel de gestación. Si se hubiera encontrado, cambios en la coloración de la piel, movimientos atípicos para su nivel de gestación, etc. se hubiera transmitido al personal de la Unidad estos datos para que observaran a E. y respetaran sus ritmos de sueños y no lo sobreestimularan. El nido armado, le permite poner freno a sus movimientos inmaduros y lograr un equilibrio homeostático.

Se relatará otro momento de E y su madre:

E. tiene un 21 días de vida, 30 semanas de edad postmenstrual, un peso de 1570 gramos.

Encuentro a la madre al lado de la incubadora de E. Me saluda y comienza a hablarme de sus ocupaciones, su trabajo, de su casa y de su esposo. Se acerca más a la incubadora, levanta la tapa, acerca su cara al rostro de E. y le dice: "hola bebé", le toca la mano, se incorpora y me dice: "no me gusta molestarlo cuando duerme", sostiene la mano de E. y lo mira, continúa hablándole: "¿cómo estás hoy?". El monitor registra 194 pulsaciones y cuando ella le habla comienza a descender; le acomoda la sábana y el nido facilitando una mejor postura y el bebé tiende a quedarse quieto.

Vemos cómo E. reconoce a su madre a través de la voz y cómo le responde. Esta puede identificarse con las necesidades de su hijo y acomodar su entorno (sábana, nido) que en estos momentos es un estímulo que molesta. La empatía cenestésica descrita por Spitz (1965) como una comunicación por contacto corporal, le permite a la madre la percepción de las señales que emite el bebé e identificar las necesidades de su hijo. Hay un encuentro entre mamá-bebé:

La madre le acaricia la cabeza mirándolo constantemente. E. entre abre los ojos y su madre me lo señala: "es su forma de saludar", dice. Deja de tocarlo, se retira de la incubadora unos pasos y expresa "es feo, el ahí, yo aquí". Me habla de las di-

ferentes necesidades entre madre e hijo. Expresa que para ella, él es irremplazable y para él “mientras alguien lo cuide le da igual”. Le hablo acerca de sus vivencias de tenerlo que compartir con las enfermeras y los celos, sentimientos de exclusión que esto genera. A través de la observación del lenguaje corporal del bebé, le digo que si bien éste puede conocer a las enfermeras, para él, ella es única, es una voz que hace mucho que conoce y su corazoncito le responde; haciendo referencia al cambio del ritmo cardíaco.

El enfoque clínico se centrará en el análisis de este “momento emergente” en el cuál la madre ante el contacto con su hijo expresa sus temores y fantasías ligadas a sentirse no reconocida como madre (“tema de la relación primaria”, según Stern, 1995), que la llevarán a sentir que ella es “intercambiable”. Así se aleja de su hijo y expresa lo que siente.

Se desarrollará otro ejemplo:

M. nació con un tiempo de gestación de 32 semanas y 1340 gramos de peso.

Observación a los 6 días de M.: sin respirador, con monitor cardíaco y saturómetro.

Encuentro a la madre junto a la incubadora de M., mientras levanta la tapa de la misma e introduce sus dos manos. Con su mano izquierda toca los pies de su hija y con la derecha toma una mano. Inclina su cabeza, buscando la cara de su hija. La bebé tiene su cara orientada hacia la derecha en posición decúbito ventral, miembros inferiores extendidos y superiores flexionados al lado de su cuerpo. La madre hace referencia a la postura de “ranita” que tiene.

La madre comienza a tocarle la planta del pie y me dice - “mira cómo no le gusta” y me muestra cómo al tocarle la planta del pie y el talón, M. responde con flexión y un movimiento de extensión más durable con abducción exagerada. El talón tiene la marca de pinchazos.

Deja de tocarle el talón y comienza a acariciar la espalda del bebé con cierta presión. M. responde con un movimiento difuso generalizado y me pregunta “¿qué es?”.

Me ha costado quedarme observando la sobreestimulación de la madre, ya que siento los sufrimientos de la bebé, los monitores registran un aumento de las pulsaciones cuándo ésta la sobreestimula.

De acuerdo con los relatos de las enfermeras a cargo de la niña, esta madre se muestra “ansiosa, muy nerviosa”, pendiente de los monitores y no puede “ver a su hija”. Por otra parte, en los encuentros mantenidos en la sala de espera junto a otras madres ha expresado que se siente muy sola ya que su familia se encuentra en otra ciudad. Tiene un hijo mayor que según me ha relatado nació con un peso de 3,800 kilos en un parto normal. M. no fue planificada, y no pensaba tener más hijos. Tardó en darse cuenta de su embarazo.

Fue un embarazo con una serie de trastornos, vómitos, náuseas, pérdidas y contracciones. En general se mostraba a la defensiva cuando le preguntaba algún aspecto de su historia. La espera en que ella se interrogara acerca de los estados y necesidades de su hija fue pensada como estrategia, ya que si se decía que así no se hacía, podía incrementar sus defensas y negar todo lo que yo le explicara.

Ante su pregunta: “¿Qué es?, le explico cómo necesita M. autorregularse, cantidad de estímulos que puede recibir, cómo comprender sus conductas de estrés y evitación.

Por otra parte espero que salga de la unidad y le planteo si podemos conversar en la salita, para poder comprender las necesidades afectivas de esta madre y cómo está atravesando esta situación de crisis.

La sala es un aula pequeña que es utilizada como un espacio semi privado donde se realizan las reuniones grupales con los padres, clases a los alumnos de pediatría y enfermería, reuniones del equipo de atención, etc. cuenta con la desventaja que está ubicada adelante del aula donde los neonatólogos guardan sus pertenencias y están instaladas las computadoras y por esta cuestión una serie de personas la atraviesan interrumpiendo las entrevistas que se mantienen con los padres o reuniones.

Los relatos de Fava Vizziello (1992) en relación al espacio donde se efectuaban las entrevistas con los padres y las sucesivas interrupciones a las que son objeto por parte del personal de enfermería, recuerda las dificultades encontradas en este espacio, “el aulita”; como las diferentes actitudes de médicos neonatólogos, más respetuosos hacia nuestro trabajo y la necesidad de cierta intimidad por parte de los padres y de otros integrantes del equipo de atención, la necesidad opuesta: de intrusión y control de la tarea que se está desarrollando.

En las entrevistas semi-dirigidas mantenida durante la internación de M. en UCIN su madre comenzaba quejándose del personal de enfermería y neonatólogos, y luego a partir de algunos señalamientos acerca de la difícil situación que estaba atravesando, alejada de su marido e hijo mayor pudo ir armando su propia historia. Se observó un gran dolor psíquico de esta madre que recuerda lo planteado por Green (1983) en relación a este tema y comentado anteriormente. Expresaba así los temores que sentía por las posibles secuelas que podía tener M. en un futuro. Ella trabajaba con “niños discapacitados” y temía por el futuro desarrollo de su hija, que sentía incierto. El poder poner palabras a sus afectos le permitió el inicio de la elaboración de diferentes duelos. Así pudo expresar que sentía los primeros días de M.: que debía estimularla para “sentirla viva” (no pudiendo discriminar que estaba sobre-estimulándola) y sus temores a las alarmas y de alimentar por una jeringa y no a pecho.

A la semana de estos encuentros, la acompaño cuando entra a la UCIN. Abre la tapa de la incubadora y apoya una mano en la piel de cordero, con la otra comienza a tocarla con contactos suaves en las piernas de M. y espera su respuesta, luego realiza otro movimiento sobre la cabeza de M. Se detiene me mira y me pregunta si así tiene que tocarla, “en forma más suave”. Le pregunto qué le parece a ella y me sonríe diciéndome: “y me parece que sí por que no hace temblores”.

En este ejemplo se describe cómo el acompañamiento psicológico a la madre favorece la emergencia de la función de atención e interpretación parental acerca del bebé en su singularidad, más allá de la tecnología que lo rodea.

La capacidad de atención del psicólogo dada en un período regular se constituye en un ritmo, ante la discontinuidad de la prematuridad y permite favorecer los procesos de reorganización afectiva y representacional materna a través de un mayor compromiso emocional, disponibilidad de la madre y de una más adecuada regulación del bebé.

C) 3° momento: interacción cercana.

Fortalecimiento de funciones paternas

El bebé ha superado el estado crítico, adquiriendo un nivel de estabilidad fisiológica y paulatinamente alcanza un estado más

integrado de los diferentes sistemas, permaneciendo más en alerta (Als, 1986). Esto determina que sea transferido a la Unidad de Cuidados Intermedios.

El traspaso de UCIN a UCE del niño es acompañado por sentimientos de ambivalencia de los padres. Ya que por un lado “la graduación” de la UCIN, la imagen de su hijo como frágil y dependiente de la tecnología y del personal es superada y es motivo de alegría por parte de los padres. Sin embargo la transferencia del niño representa para los padres la separación de un ambiente y del personal de la UCIN con los cual ya se sienten familiarizados. En especial aquellos que han debido permanecer por meses en la misma.

A través del tiempo y las situaciones de alto contenido emocional que pudieran haber atravesado los lleva a establecer fuertes lazos con las enfermeras y el plantel médico, dudando si el personal de la UCE estará capacitado para cuidar a su “bebé tan especial” Y se sienten temerosos al observar que en este lugar de internación pocas enfermeras asisten a varios niños en contraposición de lo vivido en la UCIN donde la asistencia es más personalizada.

Esto lleva a que en algunos casos los padres teman por lo desconocido, sensaciones de no contar con ayuda para el cuidado del niño, sentimientos de falta de información sobre las normas, el personal y el ambiente de la unidad que los recibe.

El tener que asumir ciertos roles paternos: cambiar, alimentar al bebé, les anticipa la transición final a su casa y puede dar lugar a la emergencia del duelo por el alta del niño, de acuerdo como fue descrito anteriormente.

Las oportunidades de poder participar en el cuidado del niño les plantea otras cuestiones ligadas a la crianza y se despliegan otras temáticas ligadas a la interacción entre bebé y madre. Esto da lugar a un fortalecimiento de las funciones maternas de holding (sostén) y handling (tomar al bebé) (Winnicott, 1960) y la libidinización del cuerpo del bebé. Se produce un reencuentro con un bebé real y suelen surgir preocupaciones ligadas al futuro.

Las capacidades interactivas del niño plantean nuevas reorganizaciones para los padres en función de los niveles de señalización del niño, que muchas veces por la prematurez, éstos pueden ser bajos.

Als (1986) plantea que los prematuros se dividen en dos extremos: “los hiperactivos y los letárgicos”: Entre ambos extremos se encuentran bebés que presentan una organización más esta-

ble y un equilibrio más gradual hacia la organización de sus estados de vigilancia, mayor regulación vegetativa y capacidades interaccionales.

Las evaluaciones del comportamiento neonatal y las pautas de estimulación brindadas a través del reconocimiento de las necesidades del niño, permiten estos encuentros entre padres y bebé, donde éste es ubicado en otro lugar, más ligado a sus capacidades de comunicación con su entorno favoreciendo los procesos de filiación.

Surge en los padres un interrogante referido a ¿cómo se crea un contexto determinado para recibir a otro diferente?.

La madre se siente a prueba y se compara con los cuidados dados por las enfermeras que son vistas como más competentes y mira a su propia madre y a otras madres en busca de respuestas: ¿“soy yo capaz de cuidar a mi bebé y hacer que él sobreviva”?; ¿“podré hacer que él me ame”?; ¿“soy yo una madre maternal”?; siendo temores ligados a la constitución de la organización maternal de la madre y de sus temas subjetivos ligados a la vida, crecimiento del bebé y la relación primaria planteados por Stern,(1995).

Es en estos momentos en los cuales las madres de los niños internados en UCE buscan modelos identificatorios en las otras madres que están atravesando por la misma situación, a modo de espejo, que les permitan reencontrarse con sus hijos y con la confirmación que son “madres maternales” (Stern,1998).

Se inicia la lactancia, momento esperado pero que resulta muchas veces un período de complejidad por la inmadurez del bebé prematuro y por la ansiedad que esta situación despierta en la madre. La producción láctea de la madre le da una señal objetiva que ella puede “ser una buena madre” y “hacer cosas buenas para su hijo”

Las capacidades del bebé permiten un mayor conocimiento acerca de sus necesidades y singularidad. Así la madre comienza a organizar el mundo del bebé, en este caso sus ciclos de alimentación y sueño; por otra parte el bebé la ayudará a reorganizar su propio mundo de representaciones (Stern, 1995, p.34)

A continuación se presentan algunos ejemplos:

A) E. tiene 45 días de vida, 33 semanas de gestación y un peso de 1900 gramos.

La madre lo sostiene en forma vertical sobre su pecho, estando de pie, apoya a E. sobre su hombro. El bebé tiene los ojos

y puños cerrados, el cuerpo relajado, está en contacto con la cara de la mamá quien se balancea. Me dice que se quedó dormido porque tomó pecho y quiere despertarlo para que siga mamando, inicia una serie de acciones a través de caricias, hablarle, cambiarlo de posición. Sus acciones son seguras y tienen un ritmo.

Me habla del bebé que se cansa de mamar, lo que significa para él, que cosas le gustan...Me habla del padre, de su relación con él y de la etapa de reorganización que están viviendo y como se preparan para recibir a E. en su casa.

En el relato de la madre de E. se observan los movimientos internos de esta madre para crear un espacio psíquico para este bebé y para su marido que ahora será padre además de su pareja, pasaje de pareja conyugal a parental (etapa de reorganización).

B) P. nace con 1550 gramos de peso. Es el primer hijo de la pareja. La madre tuvo un hijo durante la adolescencia que fue dado en adopción; ésto constituyó un secreto familiar que se mantuvo siempre oculto hasta que queda embarazada de este hijo.

Encuentro a la madre en la puerta de entrada a la UCE, me dice que está muy cansada de ir y venir. En la UCIN podía permanecer más tiempo, en la unidad de internación. Aquí debe estar un ratito y se va.

Todos le dicen que mejor está aquí pero duda no sabe...

Dentro de la unidad converso con otras madres y observo que la madre de P. está sentada al lado de la incubadora de su hijo, con la mirada perdida. Le pregunto nuevamente cómo está y me contesta que siente bronca. Continúa diciéndome que cómo sabe que le dan de comer cada 2 horas y 30 minutos, trató de llegar antes de la hora que le correspondía alimentarse a su bebé (a las 12 horas) y no la dejaron entrar hasta las 12, 15 horas. Me explica que ahora no lo puede sacar de la incubadora porque le dieron de comer sin esperarla... "Aunque sea con la jeringa, pero yo le doy y no ahora que no hace nada". P. decúbito ventral está en un estado 3, se mueve incrementando su actividad de miembros y tronco. Comienza a bajar su frecuencia cardíaca. La madre le acaricia la cabeza, la espalda con la palma de la mano y los dedos extendidos con movimientos discontinuos, no mira al bebé, ni registra el ruido de las alarmas.

Me pregunta si está molesto. Le pregunto qué es lo que observa para pensar que lo está. Me dice que siempre está hecho “un bollito” y ahora no lo está.

Le dijo que parece que los dos están molestos: ella por el pase a UCE y él quizás por lo que ha comido, ya que por los movimientos que realiza como que se autorregula y de pronto comienza a moverse, puede ser que tenga algún cólico. Le pregunto a la enfermera que está cerca de nosotros y me confirma esta impresión, dando otras referencias en relación a otros momentos del bebé.

Le pregunto si succiona y me dice que aún no, le pregunto por el tiempo gestacional y me dice que tiene 34 semanas de gestación. Le explico ciertas pautas de estimulación de reflejo de búsqueda y succión y se las muestro. Le explico que es bueno que ella registre a nivel cuerpo por las presiones y movimientos de succión que realiza P. los esfuerzos de este.

Me dice que quiere que lo pasen a cuna al otro lado de la sala para no estar cerca de una beba que tiene una cardiopatía congénita, “me ponen mal las alarmas de esa nena”.

Le pregunto por el ambiente de UCE en relación a las alarmas, y realiza comparaciones en función de que aquí hay menos. Y comienza a expresar, a partir de mis señalamientos, que “tiene algo bueno este ambiente en comparación al de la UCIN”, y comienza a pensar que aspectos positivos tiene la transferencia de P a este lugar.

Converso con la enfermera sobre la posibilidad de que esta mamá pueda tener en brazos a su hijo. Me dice que es una “mamá difícil”.

Me retiro y luego observo que P. está con su madre, en contacto piel a piel, el bebé tiene su mano apoyada sobre el pecho de la madre, con piernas encogidas, en un estado de sueño profundo.

En estos ejemplos se muestran las diferencias interaccionales entre: E-su madre, P-su madre. En la primera, reina un ritmo de sintonía, sincronía y complementariedad; entre P y su madre en cambio, éste comunica a través de gestos y movimientos, ruido de alarma, etc., que su madre no logra descifrar, requiriendo de la asistencia de un tercero que la ayude.

El psicólogo decodifica y pone palabras a las acciones del bebé y las necesidades de la madre. Por otro lado establece enla-

ces con el personal de enfermería y se plantean estrategias de intervención que son discutidas y elaborados en el trabajo conjunto con enfermeras, neonatólogos y psicólogos.

En los ejemplos anteriores se planteó la situación de una madre con una historia muy dolorosa ligada a la maternidad. Esto exigía al equipo de atención una red de contención muy delicada ante la misma. En las entrevistas mantenidas con la madre de P. planteaba que el nacimiento y la presencia interactiva de su hijo reactivaba por un efecto “a posteriori” las experiencias pasadas ligadas a esa otra maternidad oculta, infiltrándose en estos momentos en la naturaleza cualitativa del sistema relacional madre-bebé. La falta de capacidad de “reverie” ensoñación materna restaba posibilidad al despliegue de sus funciones maternas.

D) 4º momento preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé

Ante el alta del niño se realiza un cierre de esta etapa con los padres que consiste en un encuentro con ellos. Se establece un enlace con la médica pediatra que coordina el equipo de seguimiento de prematuros y se realiza una breve descripción diagnóstica referida a ciertos aspectos que pueden llegar a transformarse en factores de riesgo para el futuro desarrollo del niño. Esto implica centrarse no sólo en los aspectos del “espacio psíquico triangular”: madre- padre- bebé, sino también considerar su entorno familiar y cultural.

Las interacciones precoces entre padres e hijo, se desenvuelven en un sistema cultural de pertenencia y no pueden ser descriptas sin tener en cuenta el mismo. Las representaciones culturales pre-existen al niño y constituyen una suerte de imagen a la que él va habitar; ellas determinan cómo el niño es percibido e investido y que fue señalado anteriormente. En las acciones de cuidado dadas por la madre a su hijo ésta imprimirá su cultura al niño y hacen referencia al “contrato narcisista” enlazado a los atributos esperados y compartidos por el conjunto social al que pertenecen (Aulagnier, 1975). Esto debe ser tenido en cuenta no solamente durante la internación, sino en el alta del niño, por el equipo de seguimiento ya que su desarrollo se verá atravesado por lo cultural.

Se analizarán dos ejemplos:

A) A. nació con un peso de 1310 gramos y 34 semanas de gestación. Sus padres de origen oriental no concurrían asidua-

mente a visitarlo, ni traían ropa para vestirlo según el relato de las enfermeras a cargo del bebé. Solamente lo visitaba su madre.

Cuando el estado de A. mejoró la madre pudo acercarse a su hijo. En general no conversaba con el resto de los padres. Cuando llegó el momento de la lactancia se sentía muy incómoda por darle el pecho a su hijo y no concurría a los horarios cuando se alimentaba a A. Este era un bebé muy competente, desarrollaba diferentes mecanismos para autorregularse, y si bien permanecía en mayor proporción en un estado de sueño profundo, cuando estaba en un estado de alerta lograba seguir un objeto auditivo y visual que le resultaba atractivo a las 38 semanas de gestación.

Observación a las 40 semanas de gestación de A.:

Cuando ingreso a la UCE observo a la madre dándole el pecho a A., quien permanece con los ojos cerrados y presenta un aumento de tono. La madre se encuentra sentada al borde de la silla, no apoya su espalda al respaldo de la misma y ofrece el pezón de su hijo, sin esperar las pausas del mismo.

Cuando me ve me dice que se quiere ir a su casa; está tratando de que A. tome el pecho así se lo puede llevar. Me comenta que a su otro hijo lo alimentó a biberón, pero con éste es diferente.

Espero que termine para poder conversar con ella. Observo que le dice a la enfermera si no le puede dar un biberón ya que ella trajo leche que se sacó en la bomba destinada para ese fin. Le pregunto a la enfermera a cargo de A. si esto es frecuente, me dice que la madre “no quiere darle el pecho, pero que aquí se lo exigen”.

Observo que hay mucha gente en la sala de internación entre padres, madres, hermanos y algún abuelo.

Cuando la madre le da el biberón se sienta apoyada en la silla y se observa un tono más relajado de A., quien intenta abrir sus ojos. La madre le habla.

Converso con la neonatóloga a cargo de A. y me dice que le están por dar de alta. Que no insistirán con la lactancia. “que le dé lo que tenga”. Le explico que en ese ambiente tan rodeado de gente esta madre se siente incómoda.

Me acerco a la madre con A. ya dormido y dispuesta a dejarlo en su cuna. Me dice que quiere hablar con la neonatóloga por

el alta de éste. Le pregunto si tiene preparada sus cosas en su casa, me dice que sí, que lo quieren conocer su abuela y hermano. Éstos a pesar de que podían visitarlo no han concurrido. Me dice que con el padre habían decidido que nadie lo conociera.

Le pregunto si a ella su madre le dió el pecho, me dice que no, que eso no se acostumbra en su cultura, salvo las de cierto nivel. Durante la internación de A. interrumpió sus actividades laborales y pensaba retomarlas ni bien A. fuera dado de alta quedando al cuidado de su suegra y de otra persona.

Luego de lo conversado con esta madre, se conversa con el equipo de seguimiento con respecto a la lactancia y las dificultades que quizás exprese la madre para continuar con los controles que se siguen en la atención de este niño. Debido a que la madre debe retomar su vida laboral y no cuenta con tiempo suficiente, se elaboran estrategias para llevar a cabo con este grupo familiar.

Este ejemplo ayuda a comprender cómo los factores socioculturales influyen en los modelos identificatorios de esta madre que determinan un estar con su hijo de determinada manera y un modelo sobre sí misma como madre, diferente al del equipo de asistencia del niño. Estos modelos identificatorios familiares darían un “guión familiar” (Stern, 1995) a las interacciones madre-bebé.

B) E. tiene 52 días de vida, 34 semanas de edad post menstrual y pesa 2000 gramos. La enfermera lo está auscultando. Observo que tienen todo preparado para partir. E. llora y la madre lo toma en brazos, apoyándolo sobre su hombro. Se balancea y comienza a calmarse. Me acerco, lo nombro y comienza abrir los ojos. La madre me dice que intenta seguir una figura, cuando reconoce la voz, (hace contactos oculares con pequeños seguimientos y la madre hace esta lectura de las capacidades del bebé). Tiene todo preparado y están esperando que llegue el papá. Me pregunta si existe el Edipo al revés porque “está chocha”. Se queda pensando y dice que no tiene todo tan arreglado cómo a ella le hubiera gustado... pero bastante bien, es muy autoexigente y está asustada por lo que va a pasar ahora en su casa. El padre dice que la contiene, es más realista.

Se realiza un cierre de esta primera etapa en la que se pone en palabras los momentos atravesados en relación a la prematuridad y cómo fueron transitados por E. y sus padres. La madre mira a E., lo separa de su cuerpo y le dice: “nos tendremos que ir conociendo, bebé”.

A partir de estos dos ejemplos se puede plantear que el alta del niño significará un segundo nacimiento para padres, bebés y familia.

Es común que en este momento aparezcan los regalos y felicitaciones que habían quedado en suspenso hasta este momento.

La internación en UCE y la posibilidad de que los padres puedan realizar ciertas acciones con el niño les permite una apropiación del mismo y esta se transforma en un espacio transicional, un espacio intermedio a modo de Winnicott (1971) entre un adentro de los cuidados intensivos y un afuera de los cuidados habituales dados a un recién nacido, de ser padres part-time a ser padres full-time.

En los ejemplos dados se puede observar la aproximación transdisciplinaria y multifactorial que se lleva a cabo con los padres y el niño, desarrollando un programa de intervención clínica con acciones y estrategias que pueden ser conjuntamente un abordaje descriptivo, interactivo, contratransferencial, histórico y socio-cultural.

9.5 Bibliografía

- AULAGNIER, P. (1975) Cap. 4º “El contrato narcisista”, en: (1988) *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- ALS, H. Y GIBES, R. (1986) *Newborn individualized development care and assessment program* (NIDCAP) . Boswton MA Children’s Hospital.
- ALS, H. (1995) *Developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit en Zero to Three*, National Center for Clinical Infant Programs. 15 (6):1-10
- BICK, E. (1964) “Notes on infant observation in psycho-analytic training”, *The International Journal of psycho-analysis*, Vol 45, part 4: 558- 566.
- FREUD, S. (1915) “Pulsiones y destinos de pulsión”, en: *Obras completas*, AE, tomo XIV.

- HAAG, G. ET M. (1984) *L'observation de nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications*. Manuscrito no publicado
- FAVA VIZZIELLO, G.(1992) “La asistencia psicológica a los padres”, en: FAVA VIZZIELLO, G.; ZORZI, C.; BOTTOS, M.(Comp)(1993), *Los hijos de las máquinas*, Nueva Visión, Buenos Aires .
- GREEN, A. (1983) “El dolor psíquico”, en: (1986) *Narcisismo de vida. Narcisismo de Muerte*. Amorrortu editores, Bs As.;144-147.
- LEBOVICI, S. (1983): “A manera de introducción al estudio de las interacciones fantasmáticas”, en: (1988) *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu editores, Buenos Aires; 294- 309.
- LESTER, B. Y TRONICK, E. (1996) *NICU Network Neurobehavioral Scale (NNS)*. *Examen de la Evaluación Comprensiva del grado de Substancias de niños de alto riesgo* (Manual de aplicación) Women and Infant’ s Hospital, Brown University School of Medicine (USA)
- MALDAVSKY, D. (1994) “Segunda parte. Investigaciones clínicas”, en: *Pesadillas en vigilia*. Amorrortu editores. Buenos Aires
- (1994b) “Las neurosis traumáticas y sus variedades”, en: *Actualidad psicológica*, Vol XIX,nº211
- ROITMAN, C. Y RUIZ, A. L. (1996). “Observación de lactantes: una aproximación al desarrollo temprano a partir de la teoría freudiana”, en: *Actualidad Psicológica* n° 235; Buenos Aires.
- RUIZ, A. L. (1996) “Acompañamiento psicológico a diadas madre-bebé prematuro ”, en: (1997) *Libro de Actas de II Coloquio Internacional sobre Observación de lactantes-método E. Bick*. Editado por Asociación Bick España.
- RUIZ, A. L. (1997): Mesa redonda “Prematurez extrema”: *Programas de intervención para recién nacido de riesgo y sus padres*. Ponencia presentada en 31º Congreso Argentino de Pediatría- Sociedad Argentina de Pediatría, Mendoza.
- SPITZ, R. (1965) “El papel de la recepción y de la comunicación: formas de funcionamiento cenestésicas y diacríticas”, en: *El primer año de vida del niño*, Fondo de cultura económica, Buenos Aires. 1985; 106-114.
- STERN, D. (1998): *Psicopatología de la perinatalidad* . Mesa redonda; 2º Congreso Europeo de Psicopatología del niño y del adolescente. Asociación Europea de Psicopatología del niño y del adolescente; Sevilla, España.

——(1995) El método clínico en la psicoterapia aplicada a las relaciones entre padres e hijos; en: *La constelación maternal*. Paidós; Barcelona; 1997; 19-143.

WINNICOTT, D. (1956) “Cap. 14: Preocupación maternal primaria”, en: (1979) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*; Editorial LAIA, Barcelona.

——(1960) “La teoría de la relación paterno-filial”, en: (1981) *El proceso de maduración en el niño*; Editorial LAIA; Barcelona; 49- 51.

——(1971): *Realidad y juego*; Gedisa, 2º edición; Barcelona, 1982.

Parte III

Investigación

Capítulo X

Evaluación de un Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres llevado a cabo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

En esta tercera parte se desarrollará el trabajo de investigación que se ha basado en la experiencia lograda en trabajos anteriores, fundamentalmente del correspondiente a una beca otorgada por la Sociedad Argentina de Pediatría en los años 1996/7 (Ruiz, Ceriani Cernadas) como así también a la colaboración y asesoramiento en el estudio descriptivo “A cross-cultural análisis of the neonatal intensive care unit” (Huang, 1998).

10.1 Planteo del problema

El nacimiento prematuro interrumpe el proceso de “anidación psicobiológica” de padres y recién nacido ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación; los padres para poder crear un lugar tanto físico como psíquico para ese nuevo integrante de la familia, lo que los lleva a una reorganización que va madurándose y preparándose a lo largo de los meses del embarazo y el recién nacido necesita también los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Por lo tanto, el nacer antes de este período, encuentra tanto a padres como a bebé no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somatopsíquica de niño, madre y padre. Ésta puede ser agravada por la situación de internación del niño en una unidad intensiva de alta complejidad.

De acuerdo a lo planteado en capítulos anteriores el estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los factores más

frecuentemente observados pudiendo llegar a interferir en la organización de la interacción entre padres e hijo y las comunicaciones con los profesionales que asisten al niño como así también en la construcción de representaciones del hijo como “frágil o vulnerable”. Esto último podría incidir en los procesos de subjetivación del niño .

La presente investigación pretende determinar que el abordaje clínico planteado en el tema anterior (cap. 9. “Organización del programa de intervención psicológica”) y que es comenzado a desarrollarse desde la internación del niño en la unidad de cuidados intensivos neonatales podrían influir en el estado afectivo de los padres y las interacciones con el bebé, pudiendo tener a su vez una influencia positiva en el futuro desarrollo del niño.

Para demostrar tal hipótesis se diseñó un estudio controlado con el fin de examinar la influencia de un Programa de Intervención Psicológico transdisciplinario y multifactorial aplicado sobre el RNMBPN y sus padres. El mismo estuvo orientado a brindar apoyo y orientación psicológica a los padres, como así también desarrollar en ellos, en especial en las madres, una mayor sensibilidad y percepción acerca de las características y organización del comportamiento del prematuro, a través del análisis de los sucesos interactivos e intrapsíquicos. De esta manera se trató de favorecer las funciones maternas- paternas y la reorganización de un espacio psicológico para este bebé.

Se rescataron las necesidades maternas y del bebé a través de escalas específicas desarrolladas para tal fin (NNNS; Lester-Tronick, 1997) las que permitieron detectar factores de protección y vulnerabilidad bio-psico-social, que podrían llegar a influir sobre el futuro desarrollo del niño.

Como objetivo secundario se orientó al equipo médico y de enfermería con relación a las necesidades del recién nacido prematuro y su familia, como así también la creación de un espacio para lo psicológico.

El impacto de la intervención se evaluó a través del nivel de estrés y de depresión materna manifestados durante la internación del bebé prematuro, empleando escalas específicamente diseñadas para tales fines.

10. 2 Estrés y depresión

El término estrés procede de la física y se lo emplea para significar fuerza, tensión, presión externa que se aplica sobre una sustancia, como a la deformación a la que está sometido un material elástico. Trasladado su uso a la biología y psicología, se refiere en estos campos a la presión que afecta a un organismo y que produce consecuencias en el funcionamiento del mismo.

Lazarus y Folkman (1986, citados por Lazarus, 1999) distinguen al estrés desde lo psicológico como amenaza, pérdida o desafío.

La teoría económica de Freud (1920) define el trauma como una herida en la barrera protectora de estímulos y se puede determinar que estos conceptos de trauma y estrés se relacionan, a pesar de sus diferentes orígenes: biológico y psicológico.

Magnussen (1982, citado por Miles, Funk, Carlson, 1993) define al estrés como una reacción individual hacia demandas que exigen y exceden los límites de los recursos con que cuenta el sujeto para enfrentarlas. Discrimina dos niveles en la definición de estrés, A- el que se refiere a la situación estresante en general y B- a la percepción, interpretación y representación cognitiva de la misma o sea qué aspectos específicos de la situación son estresantes denominando a éstos como *estresores*.

Así se pueden realizar dos niveles de análisis: **un macroanálisis** (ambiente estresante, por ejemplo) y **un microanálisis** sobre la situación o factores que resultan estresantes (estresores)

Los estados depresivos (accesos) según Ey, (1990) sobrevienen generalmente tras una experiencia vivida como una frustración, decepción, duelo, o pérdida de aprecio, abandono, etc. La reacción sería una tentativa de retorno a un equilibrio anterior amenazado por un peligro externo. Es posible que el acontecimiento “estresante” esté estrechamente ligado con el acceso depresivo y que se trate de una depresión reactiva propiamente dicha o sobrevenga sobre un fondo neuropático.

Kaplan, Sadock, Grebb (1994) describen los trastornos afectivos, entre los que se incluye la depresión, basándose en las clasificaciones del Manual DSM IV. Señalando que la patología de estos es “el humor”, o sea el estado emocional interno de una persona y no la expresión externa del contenido emocional presente. Entre los trastornos ligados con la depresión, se caracterizan diferentes grados:

- leve: provocarían una ligera incapacidad laboral, en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- moderado: síntomas de incapacidad funcional entre leves y moderados
- grave: varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y que interfieren notablemente en las actividades laborales o sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Varias investigaciones han demostrado que hay períodos de la vida en que las mujeres están más predispuestas a expresar desórdenes depresivos y uno de ellos es la maternidad y el período postparto; este estado es llamado “maternity blues”. Puede durar de 5 días, a varias semanas y persistir por meses.

Las madres de los bebés prematuros han sido descritas por varias investigaciones como más depresivas que las madres de los niños a término, según lo señalado en el capítulo 6° “Algunas investigaciones sobre la paternidad del niño nacido prematuro”.

10.3 Plan de trabajo

a) *Material y métodos*

El estudio se efectuó en el período comprendido entre el 5/1/97 y el 20/ 11/ 99 en la División Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, siguiendo un diseño de estudio caso-control-intervención no aleatorizado.

Se incluyeron a todos los recién nacidos con peso al nacer entre 500 y 1550 gramos y condición clínica estable. Los criterios de exclusión fueron: neonatos con anomalías congénitas, neonatos gemelares, madres menores de 21 años, no consentimiento de los padres, uno o ambos padres con alteraciones psiquiátricas.

En el período señalado se incluyeron a 60 recién nacidos prematuros y sus padres que cumplieron con los criterios de inclusión.

La población se dividió en 2 grupos: intervención (n=31) y control (n=29). Inicialmente se empleó una tabla aleatoria pero se presentaron dificultades con 4 padres del grupo control. Se efectuó entonces mediante un método de tiempo retrasado a fin de evitar la simultaneidad entre ambos grupos (Shaughnessy,1990). La selección para la constitución de cada grupo (C – I) se realizó con un período de diferencia de 3 meses entre cada grupo.

La petición de la colaboración de los padres se efectuó cuando se entregó la escala de estrés Parental Stressor Scale: Neonatale Intensive Care PSS:NICU (S: Miles, G. Funk, J. Carloson, 1993) y el inventario de depresión de Beck, Depression Inventory: BDI, que debía ser completado por las madres. En esta ocasión, se les explicó la importancia de que pudieran contestarlos para conocer las impresiones, sentimientos, afectos, que sintieron cuando sus hijos estuvieron internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se discutió con ellos acerca de la evolución con relación al lugar de los padres en estas unidades y cómo investigaciones tales como las de “contacto temprano y tardío” (Klaus y Kennell, 1975 y Martínez 1993) habían ayudado a cambiar ciertas prácticas y rutinas de las terapias de internación neonatal.

Como los mencionados instrumentos de evaluación eran auto-administrados se consideró que el no completarlos constituía una negativa a participar en el estudio. Estas dificultades fueron encontradas principalmente en el grupo control en el que 10 padres no respondieron a la petición, no siendo incluidos en el estudio. Posteriormente se realizó una entrevista semidirigida momento en el que los padres entregaban los instrumentos de evaluación (PSS:NICU y BDI).

b) Instrumentos

- *Historia clínica* del Programa de Seguimiento de Prematuros y RN de alto riesgo, en la que se incluyen datos demográficos, datos clínicos del niño: edad gestacional, peso, diagnósticos, evolución del período neonatal; datos maternos: embarazos previos - embarazo actual; parto; vínculo madre-hijo; aspectos socio-económicos y culturales;
- *Parental Stressor Scale: neonatale Intensive Care (PSS:NICU)* (Miles, Funk, Carloson, 1993) mide el estrés parental relacionado con la Unidad de Cuidados Intensivos e incluye dos secciones basándose en la teoría de Magnussen (1982, citado Miles, Funk, Carloson, 1993) sobre el estrés y sus diferentes niveles de análisis. Así se definen 4 áreas que reflejan las percepciones parentales acerca del ambiente físico y psicosocial de la UCIN, brindando un microanálisis del estrés, es decir qué factor o situación particular es percibido, interpretado y representado cognitivamente como más estresantes para los padres.

Estos son, en detalle, las 4 subescalas, que analizan situaciones particulares:

1. luz y sonidos, analiza el ambiente de la UCIN;
2. apariencia del bebé se refiere al estado de enfermedad y cuidados que requiere el niño
3. comunicación con el staff, analiza las relaciones con los diferentes integrantes del equipo de cuidado del niño
4. interacción con el bebé, se refiere a la situación de interacción y la alteración de los vínculos entre padres e hijos.

Por otro lado se obtiene un macroanálisis del estrés parental o sea el nivel de estrés que los padres han manifestado al estar su hijo internado en la UCIN. El mismo es señalado como: Nivel de estrés general.

La Escala PSS: NICU consiste entonces en un formulario con 46 ítems que son completados en forma autoadministrada; y por lo desarrollado anteriormente se obtienen dos tipos de mediciones:

a) Puntaje 1

Se evalúa mediante el puntaje obtenido en las diferentes subescalas de las cuales se obtiene un puntaje que resulta del nivel de estrés experimentado con relación a una situación particular que son examinadas en las mismas (“estresores”). En este caso sólo aquellos padres quienes reportaron haber experimentado la experiencia reciben puntaje. Los puntajes van de: “0” no haber experimentado esa situación hasta el “5” que representa extremado estrés ante esa situación por ejemplo, observar cambios repentinos de color de la piel en el bebé.

b) Puntaje 2

Nivel de estrés en su conjunto (nivel de estrés general) que representa cuán estresante ha resultado la experiencia de la UCIN.

Los puntajes se califican de 1 a 5. Todos obtienen un puntaje, ya que se considera que la situación de internación de un hijo en una unidad de cuidados intensivos es en sí misma estresante y se da un puntaje en relación a cuán estresante ha resultado la misma. Por lo tanto un puntaje de 1 indica haber experimentado estrés y un puntaje 5 extremado estrés.

- *Beck Depression Inventory (BDI)* es un instrumento que puede ser autoadministrado el cual consta de 21 ítems y eva-

lúa los síntomas de depresión en sus componentes cognitivos, afectivos, de comportamiento y somáticos.

El original BDI (1961) se basó en observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes observados en pacientes psiquiátricos y depresivos. La versión revisada de este instrumento se desarrolló a partir de las evaluaciones a través del original BDI en adultos y adolescentes normales (Albert & Beck, 1975; Teri, 1982, Beck, 1985). A partir de éstas se realizaron adaptaciones de los ítems, dando lugar a un inventario de veintiún afirmaciones que representan síntomas y aptitudes que pueden ser calificadas en una escala de 4 puntos, ranqueados de 0 a 3 puntos en términos de gravedad. El máximo de puntaje es de 63 puntos.

Se evalúa el grado de depresión. Un puntaje dentro de los 9 puntos es considerado dentro de un rango normal o asintomáticos; de 10 a 18 indican un grado leve de síntomas depresivos; de 19 a 29 indican un grado moderado de depresión; de 30 a 63 indican un grado severo de la misma.

c) Procedimientos

Las madres del grupo control recibieron cuidados estándar de acuerdo a un programa que se viene desarrollando hace más de 15 años en la División de Neonatología del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires. El mismo consiste en un grupo de apoyo para padres, entrevistas individuales a lo largo de la internación con el fin de completar la historia clínica del Programa de Seguimiento de Prematuros y establecer el seguimiento alejado del niño luego del alta. Estas dos últimas instancias fueron realizadas por la médica pediatra coordinadora del Grupo de Seguimiento de Prematuros.

La morbilidad de los niños registrada en la historia clínica de cada niño de acuerdo al protocolo de seguimiento permitió clasificar los diagnósticos de enfermedad en tres categorías:

1- leve; 2 - moderada; 3- severa.

Todos los padres fueron contactados cuando sus hijos ingresaban a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se entregaba material bibliográfico acerca del desarrollo del recién nacido prematuro, ambiente de cuidado, complicaciones clínicas más frecuentes. Se invitaba a los padres a las reuniones semanales del grupo de apoyo que se brindan en el servicio a los padres de niños prematuros.

Cuando sus hijos eran transferidos a la UCE se les entregaba a ambos padres, los cuestionarios PSS:NICU y a las madres además el inventario de depresión de BDI. Posteriormente se realizaba una entrevista con aquellos que los completaban. La misma consistía en una adaptación del protocolo Clinic Interview for parents of high-risk (CLIP) (Meyer, Zeanah, Boukydis, Lester, 1993) que incluye 3 diferentes áreas como condición del embarazo, relación con el bebé y sentimientos como madre, apoyo familiar y social.

Los padres del grupo de intervención recibieron una atención más individualizada en sus necesidades especiales y en el desarrollo de sus hijos, basados en el enfoque clínico desarrollado en temas anteriores (Ruiz, 1997). Se realizaron entrevistas semanales, especialmente con las madres, de una hora aproximadamente de duración durante la internación del niño, independientemente de su estado clínico. Las mismas se llevaban a cabo en las Unidades (UCIN o UCE) al lado de las incubadoras o cunas de sus hijos.

Se realizaba también un estudio observacional que incluía 3 protocolos de observación de la interacción madre- prematuro, distribuidos en tres momentos a lo largo de la internación:

- Observación de los primeros acercamientos de la madre a su hijo: cuando éste se encontraba en la incubadora, que se realizaba durante las 2 primeras semanas de internación.
- Interacción cercana: se observaban los primeros encuentros cuando aún el prematuro permanecía en incubadora y era sacado para estar en brazos de su madre.
- Observación de la situación de alimentación: se observaba cuando las madres daban el pecho a sus hijos; en estos momentos ya el estado del bebé era estable y se encontraba en la unidad de cuidados Intermedios (UCE)

Estas observaciones incluían diferentes categorías de conductas de la madre y del prematuro, que eran registradas sobre la base de un protocolo.

Estas observaciones de los eventos que ocurrían en un momento particular, en forma natural, fueron realizadas por el personal de enfermería, en su mayoría, en forma encubierta para los sujetos, concientes de su presencia, pero no de sus intenciones, encuadrándose en los métodos de observación participativas (J, Shaughnessy, 1990).

Con los recién nacidos prematuros se realizaron observaciones del comportamiento y cuidado neonatal. Estas se realizaban

siguiendo en parte el modelo planteado por la Dra. Als (NIDCAP, Als 1995) las que se analizaban y discutían con el personal de enfermería; se identificaban conductas de autorregulación, como de estrés, que se observan en el niño tanto durante su internación en UCIN como en UCE.

Estas instancias de observación eran discutidas conjuntamente con el equipo de atención neonatal (neonatólogos y personal de enfermería) sirviendo como base para las intervenciones clínicas llevadas a cabo con el niño y sus padres.

Antes del alta del niño, se tomaban ciertos ítems siguiendo el modelo de evaluación planteado por el Dr. Lester y su equipo en el IDU del Women & Infant's Hospital de Rhode Island (1997). Este constituye una adaptación de la Escala de Comportamiento Neonatal de Brazelto,; la Escala NICU Network Neurobehavioral Scale (NNNS) que fue diseñada para evaluar diferencias individuales neuroconductuales en neonatos de alto riesgo. Estas evaluaciones servían para conocer la competencia del niño, en sus interacciones con el medio y con sus cuidadores, y se realizaban cuando su estado era estable y permanecía en la unidad de cuidados intermedios. En base a estas se elaboraban las pautas de acercamiento y estimulación que luego se trabajaba con las madres, así como para la detección de indicadores de estrés y/o evitación del bebé prematuro que eran transmitidas al equipo de cuidado del niño. Completando las impresiones diagnósticas acerca de las interacciones padres-hijo.

10.4 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables estudiadas. Los datos y análisis fueron realizados por el sistema estadístico Statistical Analysis System (SAS).

En el caso de las variables cuantitativas se presentan los resultados correspondientes a las medidas, desvíos estándar e intervalos de confianza del 95% para la media. Para las variables categóricas se adjuntan tablas con los porcentajes calculados dentro de cada clase.

Los resultados se presentan en primer lugar calculados sobre el total de los casos ($n=60$) y luego dentro de cada uno de los grupos en estudio: *control* ($n=29$) *Intervención* ($n=31$).

Dado el número de casos en cada grupo y que las variables en cuestión no pueden suponerse con distribución normal, se

aplicó el **Test no paramétrico de Wilcoxon** para estudiar diferencias de las variables entre los grupos .

Para las variables discretas o categóricas se utilizó el **Test exacto de Fisher** con el objeto de detectar diferencias entre los diversos grupos de definición. En primer lugar intervención (I) y controles (C) y en segundo lugar las categorías que resultan definidas por las variables estudiadas. Se indica **p** valor resultante de haber aplicado cada uno de los tests mencionados.

TABLA 1 – Características de la población

	GRUPO DE CONTROL (n=29)	GRUPO DE INTERVENCIÓN (n=31)	VALOR DE P
Peso al nacer, gramos, media (±DE)	1295,8(278,6)	1245,8 (289,7)	=0,54*
Edad gestacional, sem. Media (±DE)	30,7 (2,8)	29,6 (2,6)	=0,12*
Sexo femenino (%)	14= 48%	14=45%	=1,00**
Sexo masculino (%)	15= 52%	17= 55%	
Tiempo de permanencia en UCIN, días, media (±DE)	25.0±17.7	32,9±26,5	=0,26 *
Tiempo de permanencia en UCE, días (±DE)	18,3±5,0	22,7±9.0	=0.05*
Edad materna, años Media (±DE)	29,7(5,9)	31,3(5,7)	=0,32*
Educación de la madre(%)			
= 12 años	50%	33%	=0,68**
> 12 años	50 %	67%	
Trabajo del padre (%) en rel. de dependencia independiente	75,8 % 24,1 %	73,3%* 26,6%	=1000*

Continúa >>>

Soporte familiar (%)			
adecuado	96,5%	83%	=0,19**
no adecuado	3,4%	16,1%	

*Test de Wilcoxon

**Test Exacto de Fisher

En el grupo de Intervención se incluyó a un padre que en esos momentos se encontraba sin trabajo, de ahí que al evaluar el trabajo de ellos, el n° total es de I=30.

Se consideró la categoría trabajo en forma independiente o dependiente del padre, en función de que la asistencia es brindada en un hospital privado, al que concurren pacientes que cuentan con una cobertura de su obra social en el hospital y otros que son asociados al Plan de Salud del citado hospital.

En la Tabla 1 se analizan diferentes variables poblacionales y no se observan diferencias significativas.

TABLA 2 – Diagnóstico clínico del niño

	GRUPO CONTROL (n=29)	GRUPO DE INTERVENCIÓN (n=31)	VALOR DE P*
Diagnóstico leve (%)	8= 27,5%	6= 19%	=0,05
Diagnóstico moderado (%)	16= 55,%	10 = 32%	
Diagnóstico severo (%)	5= 17 %	15= 48 %	

*Test Exacto de Fisher

Se observa una diferencia significativa en los grupos de control e intervención en función del grado de diagnóstico clínico, contando los niños del grupo de intervención con un diagnóstico más severo (48,%) en comparación con los del grupo control en el cual sólo 5 niños tuvieron un diagnóstico severo (17%) y el 55,1% un diagnóstico clínico moderado.

Se analizó cuándo se dieron los diferentes contactos entre madres y niños, que se examinan en la tabla 3.

TABLA 3 – Contactos tempranos prematuro-madre

	GRUPO CONTROL (n=29)	GRUPO INTERVENCIÓN (n=31)	VALOR DE p*
Cuándo lo vio			
Parto (%)	65%	42%	=0,17*
1º 48 horas	27%	52%	
luego	7%	6%	
Cuándo lo tocó			
Parto	21%	22%	=1000*
1º 48 horas	59%	55%	
luego	21%	22%	
Cuándo lo tuvo en brazos			
1ª semana	41%	58%	=1.000*
2ª semana	48%	23%	
3ª semana	7%	3%	
4ª semana	0,00	10%	
5ª semana	3%	6%	

* Test Exacto de Fisher

De acuerdo con estos datos el 65% de las madres del grupo control pudieron ver sus hijos en la sala de partos, en comparación con el grupo de intervención en el que el 52% de las madres pudieron ver a sus hijos en las primeras 48 horas posteriores al nacimiento.

En relación a la variable *cuándo lo tocó* se observa que no hay diferencias significativas en relación a los dos grupos ya que el 59% del grupo control lo hizo durante las primeras 48 horas y el 55% del grupo de intervención también lo concretó dentro del mismo período.

Analizando la variable *cuándo lo tuvo en brazos*, se puede señalar que las madres del grupo de intervención pudieron tener a sus hijos en brazos en la 1ª semana de vida del niño el 58%. Se recuerda que en este grupo se encuentra un mayor porcentaje de niños con diagnóstico severo, en comparación con el grupo control. El 48 % de las madres del grupo control tuvieron a sus hijos en la 2ª semana de vida los mismos.

Los efectos de la intervención sobre el nivel de estrés (PSS:NICU) son presentados en la Tabla 4.

TABLA 4 – Efectos de la intervención sobre el nivel de estrés (PSS:NICU)

	GRUPO CONTROL (n=29)	GRUPO DE INTERVENCIÓN (n=31)	VALOR DE p*
A. Nivel general de estrés	4,75±0,62	3,16±0,93	p<0.001
B. Subescalas			
Luz y sonidos	12,7±4,83	9,2±4,35	p<0.012
Apariencia del bebé	34.3±15.96	19,6±9,67	p<0.001
Comunicación con el staff	4.58±5.13	3.0±5.13	p<0.15
Interacción con el bebé	23.79±7.17	10.87±7.17	p<0.001

*Test no paramétrico de Wilcoxon

Se encuentran significativas diferencias entre el grupo control y el de intervención en relación al nivel de estrés general ($p<0.001$).

Con relación a las subescalas (nivel de estrés experimentado en una situación particular) se observan significativas diferencias en las de “aparición del bebé” ($p<0.001$) e “interacción con el bebé” ($p<0.001$) y en la subescala “luz y sonidos”, en la que se analiza el estrés en relación al medio ambiente de las unidades de cuidado intensivo ($p<0.012$)

No se encontró diferencias en las subescalas que evalúan el estrés con relación a la subescala de “comunicación con el staff” ($p<0.15$).

En la tabla 5 se describen estadísticamente los diferentes puntajes (de 1 a 5) en relación a cuán estresante ha sido para las madres su experiencia en la UCIN.

TABLA 5 – Nivel de estrés (PSS:NICU)

	GRUPO CONTROL n=29	GRUPO DE INTERVENCIÓN n=31	VALOR DE P*
1- No ha sido estresante (%)	0	3,23	p<0,001
2- Levemente estresante (%)	3,45	12,90	
3- Moderadamente estresante (%)	17,24	54,04	
4- Muy estresante (%)	17,24	22,58	
5- Extremadamente estresante (%)	62,07	6,45	

*Test Exacto de Fisher

En el grupo control encontramos que el 62,07% de las madres señaló como “extremadamente estresante” la experiencia vivida en la UCIN, mientras que el 54,04% de las madres del grupo de intervención expresó un “moderado estrés”.

En relación al BDI (Inventario de depresión de Beck), hay significativas diferencias en ambos grupos (Tabla 6). Un puntaje de =9 puntos representa un grado de depresión clínica.

TABLA 6 – Efectos de la intervención sobre la depresión materna (BDI)

	GRUPO CONTROL (n=29)	GRUPO INTERVENCIÓN (n=31)	VALOR DE P*
Total BDI	16,03±4,82	9 ± 2,70	p<0.001

*Inventario de depresión de Beck (BDI), un puntaje de =9 puntos es indicador de depresión.

**Test no paramétrico de Wilcoxon

En el grupo control los puntajes alcanzados (16,03±4,82) reflejarían síntomas de depresión moderada. Mientras que en el grupo de intervención (9±2,70) los puntajes se encuentran dentro de un rango de síntomas normales.

En la tabla 7 se expresan las correlaciones entre nivel general de estrés (PSS:NICU) y el de depresión (BDI) tomando el n° total de casos (n=60)

TABLA 7 – Correlación nivel de estrés y depresión materna

	N=60 P VALOR	ST DE KENDALL*
Nivel de estrés 5 BDI	=0.001	t=0.48

*coeficiente no paramétrico de correlación de Kendall

Se observa una significativa relación entre variables ($p < 0.001$). Por lo tanto a un mayor nivel de estrés correspondería un aumento en los puntajes del BDI, o sea mayores síntomas clínicos de depresión.

Se correlacionaron diferentes variables con los niveles generales de estrés (PSS:NICU) y puntajes del Inventario de Depresión (BDI), a fin de determinar la influencia que determinados aspectos tienen sobre la presencia de estrés y síntomas de depresión materna.

TABLA 8 – Nivel de estrés y diferentes variables n=60

	VARIABLE	VALOR DE P	TEST APLICADO
Nivel general de estrés (PSS:NICU)	edad gestacional	=0,95 (n=60)	Kruskal Wallis
	trabajo del padre	=0,04 (n=59)	Fisher exacto
	edad de la madre	=0,45 (n=60)	Kruskal Wallis
	educación de la madre	=0,65 (n=60)	Fisher Exacto

No se encontraron correlaciones entre diferentes variables cómo edad gestacional del niño, edad y educación materna. Sí se encontró una correlación entre trabajo paterno y nivel de estrés.

Se analizaron variables referidas al diagnóstico clínico del niño y los contactos entre madre e hijo, en relación al nivel de estrés en ambos grupos y en la población total.

TABLA 9 – Niveles de estrés y otras variables de acuerdo a grupo de intervención (I) y control (c)

VARIABLE	N=	VALOR P	TEST APLICADO
Diagnóstico	n=60	= 0,25	Test Exacto de Fisher
	n=31 (I)	= 0,29	Test Exacto de Fisher
	n=29 (C)	= 0,65	Test Exacto de Fisher
Contacto cercano			
• cuándo lo vio	n=60	= 0,31	Kruskal Wallis
	n=31(I)	= 0,27	Kruskal Wallis
	n=29 (C)	= 0,62	Kruskal Wallis
• cuándo lo tocó	n=60	= 0,23	Kruskal Wallis
	n=31 (I)	= 0,14	Kruskal Wallis
	n=29 (C)	= 0,14	Kruskal Wallis
• cuándo lo tuvo en brazos	n=60	= 0,58	Kruskal Wallis
	n=31	= 0,59	Kruskal Wallis
	n=29	= 0,61	Kruskal Wallis

No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos a pesar de que los niños del grupo de intervención tuvieron un diagnóstico de mayor severidad que los de intervención y que las madres del grupo de intervención recién vieron a sus hijos en las primeras 48 horas.

Así mismo se correlacionó los puntajes del BDI, (síntomas de depresión) con las siguientes variables: cuándo la madre vio al niño por primera vez, cuándo lo pudo tocar y cuándo lo tuvo en brazos por primera vez, con relación al total de los casos (n= 60) y en los grupos de control y de intervención (Tabla 10)

TABLA 10 – Indicadores de depresión clínica (BDI) y diferentes variables

VARIABLE	N=	VALOR P	TEST APLICADO
• cuándo lo vio	=60	p=0.43	Fisher Exacto
	=31(intervención)	p=0,52	Fisher Exacto
	=29(control)	p=0,21	Fisher Exacto

• cuándo lo tocó	=60	p=0,82	Fisher Exacto
	=31 (intervención)	p=1,000	Fisher Exacto
	=29(control)	p=0,36	Fisher Exacto
• cuándo lo tuvo en brazos	=60	p=0,18	Fisher Exacto
	=31(intervención)	p=0,012	Fisher Exacto
	=29(control)	p=0,10	Fisher Exacto
• diagnóstico	=60	p=0,57	Fisher Exacto
	=31(intervención)	p=1,00	Fisher Exacto
	=29(control)	p=1,00	Fisher Exacto

Se observa que al correlacionar las variables cuándo lo tuvo en brazo y depresión, se encuentran significativas diferencias entre el grupo de intervención $p = 0,012$ y en el grupo control $p = 0,10$.

10.5 Análisis de las entrevistas

Se entrevistó a las madres y padres cuando entregaban los cuestionarios autoadministrados (PSS:NICU y BDI).

Sólo diez padres del grupo de intervención y tres del grupo control completaron los instrumentos de evaluación y concurren a las entrevistas. Por lo tanto sólo se analizarán los datos aportados por las madres de ambos grupos: control e intervención.

La mayoría de las madres de ambos grupos completaron la Escala de estrés (PSS:NICU) y el Inventario de depresión de BECK (BDI) en el momento de la entrevista, requiriendo orientación para completarlos. Aclaradas las dudas eran dejadas a solas para que respondieran a los instrumentos de evaluación. Posteriormente se llevaba a cabo una entrevista semidirigida en la que se recababa información sobre los diferentes temas. En el momento de la entrevista los niños ya se encontraban en la unidad de cuidados intermedios.

A continuación se analizan los temas abordados.

Condición del embarazo

Se interrogó a las madres si era su primer hijo y si habían deseado tenerlo.

	GRUPO CONTROL n=29	GRUPO INTERVENCIÓN n=31	GRUPO TOTAL n=60
Primíparas	(17) 58%	(17) 55%	(34)57%
Embarazo deseado	(24) 82%	(24) 77%	(48) 80%

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en relación a si era el primer hijo y si era deseado o no.

Se interrogó a las madres sobre si durante el embarazo había sucedido algún acontecimiento que pudiera ser señalado por ellas como estresante o que hubiera podido afectar su estado de ánimo durante la gestación del niño y si alguna experiencia pasada había adquirido relevancia en este momento influyendo también en su estado.

Acontecimientos ocurridos durante el embarazo

Acontecimientos pasados que resurgen creando un estado de ansiedad durante el embarazo

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MATERNIDAD	GRUPO CONTROL n= 29 (%)	GRUPO INTER. n= 31 (%)	TOTAL n=60(%)
• Abortos espontáneos o provocados	(8) 28%	(2) 6%	17%
• Muertes fetales o neonatales	(13) 45%	(8) 26%	35%
• Prematuros	(1) 3%	(1) 3%	3%
• Embarazo patológico	(4)14%	(4)13%	13%

Las madres de ambos grupos señalaron las experiencias que se referían a muertes fetales o neonatales como motivo de preocupación durante el embarazo. De las madres del grupo control diez (10) relataron experiencias de muertes fetales, y tres (3) muertes neonatales, mientras que las madres del grupo de intervención cinco (5), expresaron haber tenido una experiencia anterior de muerte fetal y tres muertes neonatales.

Las madres que habían tenido muertes fetales expresaron las dificultades encontradas en el inicio del embarazo en relación a

temores a “ilusionarse” con este niño, situación que luego fue revertida por el embarazo pero que el nacimiento prematuro volvía a movilizar aspectos internos que habían sentido en los primeros meses de gestación.

En general se referían al otro bebé, a pesar de tratarse de abortos espontáneos ocurridos durante el primer trimestre de gestación.

En aquellas madres que habían perdido un hijo durante el período neonatal, la prematurez del niño las enfrentaba nuevamente con los temores a “repetir una experiencia dolorosa pasada” e interfería en los procesos de organización psicológica posteriores al nacimiento prematuro, creando un estado de vulnerabilidad y desvalimiento psíquico.

Por otro lado las madres que tuvieron un embarazo patológico (8 madres en total) relataron que experimentaron un mayor aumento de ansiedad ante el temor de pérdida del mismo, esto por un lado facilitó la preparación para el nacimiento antes de tiempo pero la larga internación del niño y lo vivido durante la gestación interferían en sus estado afectivos.

Otros de los sucesos que surgieron con más frecuencia en las entrevistas se refieren a problemas con su entorno familiar.

PROBLEMAS CON ENTORNO FAMILIAR	GRUPO CONTROL n= 29 (%)	GRUPO INTER. n= 31 (%)	TOTAL n=60(%)
• Conflictos con familiar cercano	(3) 10%	(4) 13 %	12%
• Maltrato o abuso sexual	(2) 7%	(1) 3%	5%

Si bien la mayoría de las madres refirieron no tener problemas con su grupo familiar o situaciones de maltrato, las que los tuvieron expresaron un alto grado de ansiedad. Tres madres del grupo control y cuatro del grupo de intervención expresaron tener conflictos con familiares cercanos (hermanos, abuelos del niño)

Por su parte dos madres del grupo control plantearon experiencias de maltrato; una con su pareja y la otra relató haber sido maltratada y abusada físicamente por su padre. En el grupo de intervención una madre refirió situaciones de violencia con su marido durante la gestación del niño, situación que se mantuvo luego del nacimiento.

Se analizaron los temas relacionados con problemas socio económicos.

PROBLEMAS SOCIO-ECONÓMICOS	GRUPO CONTROL n= 29 (%)	GRUPO INTER. n= 31 (%)	TOTAL n=60(%)
• Desocupación paterna	0	(1) 3%	2 %
• Mudanzas	(1) 3%	(1) 3%	3%
• Prob. financieros	(5) 17%	(7) 23%	20%

Una madre del grupo de intervención y otra del grupo control refirieron cambios de domicilio. Si bien en ambos casos esto implicaba una mejora para la convivencia familiar, las madres relataron que esta situación les había demandado mucha energía tanto psíquica como física, trayendo en consecuencias contracciones uterinas, que no fueron tomadas como significativas en esos momentos ya que su preocupación giraba alrededor del cambio de casa.

En relación a los problemas financieros cinco (5) madres del grupo control y siete (7) del grupo de intervención relataron encontrarse en una difícil situación económica que implicaba deudas familiares u otras dificultades relacionadas con el trabajo paterno.

Problemas psicológicos

Se interrogó a las madres acerca de aspectos psicológicos que podrían afectar el vínculo con el bebé.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	GRUPO CONTROL n= 29 (%)	GRUPO INTER. n= 31 (%)	TOTAL n=60(%)
• Desconocimiento de signos corporales	(7) 24%	(8) 26%	25%
• Conflictos infantiles no resueltos	(2)7%	(1) 3%	5%

Siete madres del grupo control y ocho del grupo de intervención expresaron no haber podido decodificar ciertos signos corporales como movimientos del niño en gestación o contracciones.

Del total, trece eran madres primerizas y las otras dos fueron aquellas madres que relataron un cambio de casa, una mudanza durante el embarazo.

De trece madres primerizas, las tres que relataron haber atravesado por experiencias de maltrato o violencia no pudieron registrar cambios corporales y expresaron conflictos infantiles no resueltos en relación a las figuras paternas.

Interacción con el bebé

Se analizaron temas relacionados con la interacción con el bebé. En el momento de la entrevista, como se mencionó, los niños se encontraban en la unidad de cuidados intermedios, lo que demandaba por parte de las madres una mayor implicancia en el cuidado del niño (cambio de pañales, alimentación). Esto traía como consecuencia una mayor preocupación relacionada con la posibilidad de poder conocer las diferentes señales que expresaba el bebé y a que estado correspondía como así también a las posibilidades de comunicación del mismo.

RELACIÓN CON EL BEBÉ	GRUPO CONTROL n= 29 (%)	GRUPO INTER. n= 31 (%)	TOTAL n=60(%)
• Comprensión del bebé	(14)48%	(26) 84%	67%
• Apoyo que requiere	(23) 79%	(23) 74%	77%
• Sentirse separada del bebé	100%	(30) 96%	95%

Se encontraron diferencias en relación a la posibilidad de reconocer las señales que emitía el bebé. Catorce madres (14) del grupo control refirieron poder conocer qué es lo que necesitaba el bebé o en qué estado estaba y veintiséis del grupo de intervención expresaron lo mismo.

Cinco madres (5) del grupo de intervención relataron aún no sentirse seguras de conocer las señales del niño y quince madres (15) del grupo de intervención expresaron los mismos sentimientos.

A pesar de estas diferencias veintitrés madres (23) de ambos grupos refirieron requerir ayuda para poder cuidar, sostener, manipular, etc. al niño.

Si bien la mejoría del estado clínico del bebé facilitaba sus contactos, la preocupación por la lactancia y el temor al momento en que el niño fuera alimentado a pecho preocupaba a las madres. Surgían preocupaciones por su propia “habilidad” para alimentar adecuadamente al bebé y temores por la “fragilidad” del

niño para poder cumplir con nuevas funciones como implica succionar, respirar, etc.

A su vez el pasaje de la UCIN a UCE implicaba un duelo por los cambios que traía aparejados la internación del niño en este sector y exigía nuevas reorganizaciones de horarios, personal y mayor intervención en los cuidados del hijo.

Todas las madres del grupo control y sólo una del grupo de intervención relató no sentirse separada del niño. El 95% del total de las madres a pesar de estos cambios en el cuidado del niño en relación a la internación en UCIN, continuaron sintiéndose separadas del niño y expresaron mayores dificultades de dejarlo sobre todo cuando debían retirarse de la unidad y el niño permanecía despierto.

Apoyo familiar y social

APOYO FAMILIAR Y SOCIAL	GRUPO CONTROL n= 29 (%)	GRUPO INTER. n= 31 (%)	TOTAL n=60(%)
• Padre del bebé	(19) 65%	(27) 87%	77%
• Abuelas	(16) 55%	(15) 48%	52%
• Otras madres	(7) 24%	(18) 58%	42%
• Enfermera en especial	(10) 34%	(20) 65%	50%

Encontramos diferencias en relación al apoyo brindado por los padres del grupo control y de intervención: diecinueve madres (19) del grupo control expresaron sentirse apoyadas por sus maridos, mientras que en el grupo de intervención veintisiete (27) señalaron que sus parejas comprendían y acompañaron los momentos difíciles que tuvieron que atravesar, en especial los primeros días de nacido el niño, momento en el cual su estado era más crítico.

Los mayores reclamos en relación a los padres se referían a no sentirse comprendidas enteramente en su necesidad de permanecer cerca del bebé, aunque esto implicara estar en la sala de espera para padres. Por otro lado el tema de la producción láctea era un motivo de conflicto en algunas parejas ya que las madres se sentían presionadas por los padres en “producir leche”, situación que se veía dificultada si el niño no aumentaba de peso como era esperado por los padres. Las madres expresaban que si bien esta situación les ayudaba a atravesar estos momentos dolorosos y traumáticos (no tener al bebé), algo podían hacer por él.

Los desniveles que se daban en algunas madres en la cantidad de leche que podían extraerse las sumergía en un estado de tristeza y desesperanza. Las exigencias de los padres como decirles que descansaran y no “fueran tanto al hospital”, no les ayudaba a sortear estos momentos.

Iguales dificultades encontramos en relación al apoyo dado, en especial por la abuela materna, figura ésta que adquiere importancia significativa en la organización de la constelación maternal (Stern, 1995).

El nacimiento prematuro y en especial de los niños que fueron incluidos en esta población que contaban con menos de 33 semanas de gestación y menos de 1500 gramos de peso al nacer, puede significar a su vez una experiencia de alto contenido emocional para la abuela materna que teme por su hija y por su nieto, exigiendo un alto esfuerzo de reorganización psíquica a esta experiencia. La posibilidad de que se transforme en una matriz de apoyo para la madre puede verse interferida por la ansiedad de su propia madre. Sin embargo a pesar de esto el 52% de las madres se sintieron apoyadas por las abuelas maternas.

En relación al apoyo brindado por otras madres y enfermeras, encontramos diferencias significativas entre grupo control y de intervención. Siete madres (7) del grupo control (24%) expresaron sentirse apoyadas por otras madres que tenían sus hijos internados en la unidad, mientras que dieciocho (18) madres del grupo de intervención (58%) expresaron sentirse acompañadas por otras madres. Estas señalaron que podían compartir experiencias y que las madres que ya tenían a sus hijos internados les facilitaban el poder atravesar ciertas situaciones al relatarles sus propias experiencias y les permitían elaborar estrategias de afrontamiento a las distintas situaciones.

Por otra parte reconocían que el pasaje de UCIN a UCE también facilitaba la integración con otras madres ya que al no contar con una atención tan individualizada con una enfermera como ocurría en UCIN, les permitía conversar con otros “pares”. Además su mejor estado emocional facilitaba la integración con otras personas.

En relación al sostén y apoyo dado por una enfermera en especial, también aquí encontramos diferencias, el 65% de las madres del grupo de intervención expresaron sentirse apoyadas y comprendidas por una enfermera que era tomada como referencia. Esta enfermera constituía una figura de identificación ya que las madres orientaban sus cuidados al niño en función de las

pautas dadas por esta figura, que servía de modelo y guía. Constituyendo una verdadera matriz de apoyo y sostén para la organización maternal de acuerdo con lo definido por Stern (1995).

Las madres del grupo control refirieron un 34% sentirse apoyadas y sostenidas por una enfermera en especial.

Las diferencias encontradas en ambos grupos pensamos que se refieren a los efectos de la intervención, ya que el programa de asistencia se orienta a diferentes acciones que son elaboradas a modo de estrategias con el personal de enfermería que se ve involucrado en la atención del niño y su familia.

El grupo total de las madres, veintiséis (26) tenían otros hijos. Todas señalaron una relación difícil con éstos, debido a la necesidad que sentían de permanecer al lado del bebé prematuro y las dificultades encontradas para lograr un equilibrio y adaptación a las necesidades de todos los hijos.

Otros temas que surgieron en las entrevistas se refirieron a las preocupaciones acerca del aumento de peso del niño, la lactancia y el futuro del niño y de ellos, como padres de un hijo que sentían “especial”.

El poder conversar con otros padres que habían tenido un niño prematuro y que ya tenía algunos años de edad les permitía elaborar un futuro del niño y de ellos como padres.

10.6 Discusión

Al inicio de esta investigación, se planteó una distribución de los grupos a partir de un método de tablas aleatorias. El mismo no pudo ser llevado a cabo, por ciertas dificultades encontradas, motivadas principalmente por el desagrado de las madres del grupo control que observaron que ellas no recibían el “mismo trato”, sintiéndose “discriminadas”.

Esto se debía a que la aleatorización planteaba el accionar simultáneo de ambos grupos: intervención versus control (no intervención).

Estas dificultades ya habían sido consideradas por otros autores que realizaron estudios en el área vincular madre- recién nacido prematuro y donde se evaluaban resultados luego de intervenciones con las madres. Klaus y Kennell (1975) en sus estudios pioneros sobre el contacto temprano y tardío entre madres y bebés dicen textualmente:

“Los estudios sobre los dúos madres-hijos prematuros plantean muchas dificultades, sobre todo por los problemas que surgen durante el largo período de tensión de la hospitalización, junto con el cometido casi imposible de obtener una población homogénea en ambos grupos en cuanto a paridad, sexo del niño, peso al nacer, edad gestacional, religión antecedentes culturales y condiciones socio-económicas. Tampoco pueden controlarse las experiencias de la niñez de la madres ni los “estrés” del hogar. Ninguno de los investigadores (haciendo referencia a los estudios de las Universidades de Stanford y Case Western Reserve) pudo atender los grupos de contacto temprano y tardío al mismo tiempo en el servicio de neonatología porque cada estudio tuvo su período de 3 meses de contacto temprano, para que las madres en contacto tardío no observasen a las madres en contacto temprano en la sala. Por último debieron interrumpirse ambos estudios, ya que resultaban demasiado dolorosos para las enfermeras, que consideraban injusto no permitir que todas las madres estuviesen en contacto temprano con sus niños.” (pag.112).

El primer trabajo que realizó la Dra. Als en relación a la atención especializada sobre el desarrollo del recién nacido de alto riesgo y que fue llevada a cabo en el Brigham and Women’s Hospital, (1986) empleó un diseño con método de tiempo retrasado. Este fue seleccionado porque los neonatos incluidos en el Programa de Intervenciones recibían un trato diferente al que se daba habitualmente a los niños internados en la unidad de cuidados intensivos. Este estudio arrojó importantes datos en relación a los efectos de las intervenciones tempranas sobre el desarrollo del prematuro y su impacto sobre las mejoras de los resultados médicos.

En nuestro caso resultó difícil sostener en forma simultánea a ambos grupos, debido a que los padres del grupo de intervención recibieron una orientación más detallada con relación a las necesidades singulares de sus hijos, asesoramiento sobre las formas de estimulación y acercamiento a los bebés, como un sostenimiento y apoyo a la situación que estaban atravesando.

Sin embargo respondiendo a una necesidad metodológica, como es el tener un grupo control para poder comparar el impacto de la intervención, la selección se realizó con un período de diferencia de 3 meses entre cada grupo. Excluyendo la simultaneidad entre el grupo control y el de intervención.

En relación a los instrumentos de evaluación la Escala de estrés (PSS:NICU) fue entregada a ambos padres. Sólo diez (10) padres del grupo de intervención y tres (3) padres del grupo control las completaron, en comparación con las sesenta madres de ambos grupos

Los padres que respondieron a la solicitud completaban el mismo protocolo que su pareja (la madre), señalando en las hojas las respuestas que correspondían a ellos y cuáles a las madres. Esto nos llevó a reflexionar acerca del lugar del padre ante el nacimiento de un niño y su función como tal.

De acuerdo con lo señalado en los capítulos dedicados al tema sobre la paternidad se hizo referencia a las investigaciones de la Dra. Oiberman quién entrevistó a 60 padres de recién nacidos a término a los cuales se interrogó acerca de la permanencia frente al niño. Del total de padres, 34 de ellos permanecían un tiempo parcial junto a la madre y el bebé durante la internación en la maternidad y 25 un tiempo total.

En relación con las conductas que se observaban en la Escala de Observación Paterna, el no acercamiento estrecho al bebé por parte de una proporción importante de padres se relacionaba con fantasías de fragilidad del niño, imponiendo un mayor distanciamiento.

La no participación en nuestro estudio podría ser motivada por los diferentes caminos que llevan a la paternidad y la maternidad. Situación compleja por la internación del niño en una unidad de cuidados intensivos, que corrobora las fantasías de fragilidad del hijo por parte de los padres y la distancia que esta impone entre padre e hijo.

Con los padres del grupo de intervención se elaboraron diferentes estrategias para trabajar con ellos, entre ellas se modificó el horario de las entrevistas y reuniones que semanalmente se realizaban con todos los padres de los bebés prematuros teniendo en cuenta la disponibilidad horaria de éstos.

Por otra parte se invitó a padres que tenían hijos nacido prematuros de edades mayores con el fin de interactuar con otros padres e intercambiar experiencias. Sin embargo a pesar de esto, la mayoría de los padres mantenían una figura de segundo plano en relación a la madre.

Por otra parte se planteó que el no consentimiento de padres y madres a participar en el estudio fue expresado, al no completar los instrumentos de evaluación. La no aceptación de 10 padres y madres que cumplían con los criterios de inclusión puede ser

causado por características culturales de nuestra población no habituada a completar registros o inventarios de preguntas auto-administrados y su preferencia a una modalidad de contacto más personal.

Ejemplo de ésto puede ser señalado por el hecho que tanto padres y madres que aceptaron participar, la mayoría completó la Escala de estrés PSS:NICU e inventario de depresión BDI en el momento de la entrevista. En éstas eran dejados a solas para que realizaran los mismos.

Estas dificultades no fueron encontradas entre las madres del grupo de intervención con las cuales se mantenía un contacto más individualizado y personalizado.

Las madres de bebés prematuros cuentan con pocas posibilidades de ser acompañadas en su período de puerperio, ya sea por su familia o por el equipo asistencial. El bebé es el centro de la atención de los mismos en función de su prematurez y estado clínico.

A las molestias físicas (cesárea, episiotomía) se debe agregar el cuidado de otros hijos, traslado al hospital, lo cuál complica su situación real y su estado emocional .

Si bien el 57% del total de las madres eran primíparas (n=34), veintiséis madres que tenían otros hijos expresaron dificultades para organizarse en relación a las demandas de los otros niños y el bebé prematuro porque sentían necesidad de permanecer en el hospital junto a éste. La internación del recién nacido prematuro suponía una gran exigencia para las madres, en lo que se refiere a sus pensamientos y a su tiempo, provocando reacciones diferentes en los hijos mayores.

En relación al análisis de los sucesos de vida ya sea acontecimientos ocurridos en el embarazo o pasados que influyeron en el estado emocional materno, aquellos relacionados con la maternidad, parecen tener mayor influencia.

De las madres del grupo control el 45% (n=13 madres) señalaron el haber atravesado una experiencia previa como una muerte fetal o neonatal como algo muy doloroso que siempre surgía como un “telón de fondo” a lo largo de la nueva gestación. En el grupo de intervención el 26% (n=8) expresaron iguales sentimientos.

En los primeros momentos vividos posteriores al nacimiento del niño surgían estas experiencias con mayor intensidad dando lugar a sentimientos de tristeza y decepción.

Estos datos coinciden con los hallados por Lew, Ceriani Cernadas, Altabe, Fustiñana (1998) quienes encontraron como

factores de riesgo social y biológico el haber tenido una muerte prenatal anterior al nacimiento de un niño con menos de 31 semanas de gestación y menores de 1500 gramos.

La posibilidad de acompañar a las madres en situaciones conflictivas como por ejemplo la búsqueda de organización y de adaptación familiar o el poder poner palabras a lo que estaban sintiendo, permitía un enlace con sus afectos reflejado en un menor desvalimiento psíquico. Así las madres del grupo de intervención alcanzaron un menor índice de depresión en comparación con las madres del grupo control.

Estos datos hallados son coincidentes con los de Meyer, García Coll, Lester, Boukydis, McDonough y Oh (1994), quienes encontraron diferencias significativas entre 18 madres de RNPMBPN a quienes se evaluó a través del BDI antes y después de aplicar el Programa de Intervención psicosocial desarrollado anteriormente en el capítulo 8 y un grupo control (n=16) con cuyas madres de RNMBPN no se trabajó. Estas presentaron mayores signos de depresión.

En el presente estudio las madres del grupo de intervención expresaron, al completar el Inventario de depresión de Beck (BDI), sentir menores signos de sentimientos de tristeza, de insatisfacción, no sentirse culpables, menos llanto y estado de irritación, menores grados de introversión social, indecisión, leves dificultades para trabajar e insomnio, menor falta de apetito y de libido en comparación con las madres del grupo control.

El análisis estadístico al correlacionar los indicadores de depresión (BDI) y diferentes variables como primeros contactos tempranos entre prematuro y su madre y diagnóstico clínico del niño (tabla 10), indicaron un aumento de depresión mayor en las madres del grupo de intervención que el grupo control, cuando tuvieron en brazos al niño ($p=0,012$).

El estudio estadístico de los diagnósticos clínicos del niño (tabla 2) determinaron una diferencia significativa entre grupo control y de intervención ($=0,05$). El 48% de los niños del grupo de intervención presentaron un diagnóstico severo, mientras que el de control un 17%. Por lo tanto se puede determinar que aquellas madres cuyos niños presenten un estado clínico de más severidad, el momento de tenerlo en brazos, que constituye un encuentro cercano madre-bebé, puede ser acompañado por mayores signos de depresión. A pesar de esto, los menores signos de depresión alcanzados por las madres del grupo de intervención en el

BDI, expresan los efectos positivos de la intervención sobre el estado emocional de éstas.

Por otra parte al analizar los porcentajes dados a diferentes indicadores de depresión, tanto las madres del grupo control como las madres del grupo de intervención señalaron la presencia en más de un 90% de signos depresivos como aumento de llanto, irritabilidad, introversión social, indecisión, dificultades para trabajar, trastornos del sueño y falta de energía como expresión de su estado afectivo. Creando así una situación de vulnerabilidad emocional.

Estos datos son semejantes a los descriptos por varios investigadores citados en el capítulo 6^a, como Jeffcoate y colaboradores (1997 citados por Miles, Holdich- Davis, 1997) y Trause y Kramer (1983) y coinciden con los descriptos por Werczeszczak (1997) quien señaló mayores indicadores de ansiedad y depresión materna manifestados aún en el alta de los niños nacidos prematuros. Por lo tanto la no superación de los mismos a lo largo del tiempo puede transformarse en un riesgo para el desarrollo afectivo y neuromadurativo de los niños (Field, 1987, 1995).

Tanto las madres (n=60) como los padres (n= 13) que completaron la Escala de estrés PSS:NICU, no comprendían el término estrés, a pesar de su buen nivel educacional y requirieron explicaciones para comprenderlo.

La palabra “susto” surgía como sinónimo de “estrés”. El significado de esta palabra se refiere a “una impresión repentina de miedo. *Fig.* preocupación vehemente” (Diccionario Larousse). Siendo sus sinónimos “miedo, pavor, temor” (diccionario Sigmar de sinónimos).

Así “susto” representaba lo irruptivo del nacimiento y de tener un hijo internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Se señaló que la escala de estrés (PSS:NICU) está basada en la teoría de Magnussen (1982 citado por Miles, Funk, Carlson, 1993), quien incluye en el estrés dos niveles de análisis: el nivel de estrés general y los estresores (causas de estrés).

En relación al ambiente de la UCIN, las madres del grupo de intervención expresaron sentir menos estrés frente al ambiente de la UCIN: subescala luz y sonidos ($p < 0,012$) en comparación a las madres del grupo control. Esto puede deberse a la intervención como sostén emocional, ya que los encuentros con las madres se realizaban en la unidad de cuidado intensivo al lado de las incubadoras de sus hijos.

Sin embargo a pesar de esto, el análisis de los diferentes porcentajes de los puntajes, arrojan un resultado que refleja que el total de las madres señaló algún nivel de estrés en relación a la presencia de monitores y equipos (88%), como así también, el ver a los otros bebés de la unidad (72%).

Aquí, las características de la unidad de internación del Hospital Italiano de Buenos Aires, puede implicar un mayor estrés en los padres de los RNMBPN, ya que en ésta, se encuentran internados neonatos con diferentes patologías que son derivados a este centro por su alta complejidad y especialización. Por otra parte la tecnología que rodea a estos niños da lugar a alarmas y otros ruidos repentinos del ambiente que fueron señalados por las madres como estresantes (98%).

Tanto el grupo control como el de intervención señalaron la comunicación con enfermeras y médicos (subescala Comunicación con el staff) como menos estresante (PSS:NICU) ($p < 0,15$).

Se puede determinar que en la fecha en que fueron completados los instrumentos de evaluación (PSS:NICU y BDI), las madres de ambos grupos habían logrado una reorganización y adaptación interna que les permitía mantener una mejor comunicación con el personal de enfermería, neonatólogos y movimiento de la UCIN.

Por otra parte el personal que trabaja en la unidad de internación neonatal del centro donde se realizó el trabajo de campo (Hospital Italiano de Buenos Aires), es un personal altamente especializado no sólo en lo referente al cuidado clínico con pacientes de alto riesgo neonatal, sino también al trato con las familias.

Se señaló que los padres no cuentan con horarios estrictos para el ingreso a las unidades de internación y lo pueden hacer cuando quieren y cuanto tiempo lo deseen, siempre que no interfieran en el trabajo dentro de la UCIN y se permita que ellos permanezcan sin inconvenientes junto a las incubadoras de sus hijos. Por otra parte los hermanos y abuelos pueden ingresar a la unidad de internación UCIN o UCE todos los días.

A su vez el programa de intervención implica un trabajo conjunto entre personal de enfermería, neonatólogos y psicóloga lo que favorece una mayor sensibilidad por parte del equipo de salud para tratar los aspectos emocionales.

Esto fue corroborado en las entrevistas en las cuales las madres entregaban los instrumentos de evaluación. El 85% señaló sentirse apoyadas por su pareja y alguna de las enfermeras que tenían a su cuidado al niño durante la internación en UCIN. Man-

tenían una estrecha relación con éstas y expresaron un fuerte sentimiento de desprotección cuando las mismas rotaban a otro sector o el niño era transferido a UCE.

Los afectos positivos hacia el personal del equipo de salud, sin embargo no evitó que el 85% de las madres de ambos grupos, señalara en la subescala Interacción con el bebé como estresante, sentir que el staff (médicos y enfermeras) estaban más cerca de su bebé que ellas.

Se observan diferencias en relación al apoyo brindado por los padres entre el grupo de intervención y el grupo control. Las madres del grupo control refirieron sentirse sostenidas y ayudadas por el padre del bebé en un 65%, mientras las madres del grupo de intervención expresaron lo mismo en un 87%. Estos resultados nos hablarían que las estrategias mencionadas anteriormente para facilitar y ayudar a los padres del grupo de intervención tuvieron cierta influencia en relación al lugar del padre.

Se encontraron diferencias significativas en las subescalas: Apariencia del bebé e interacción con el bebé ($p < 0,001$) (tabla 4).

Las madres del grupo de intervención recibieron ayuda y fueron acompañadas desde lo psicológico a partir de los primeros momentos posteriores al nacimiento. Esto permitió acompañarlas en los momentos de crisis y reorganización posterior, estableciendo un enlace entre las necesidades del niño y de la madre. Así se señalaron las características de organización del comportamiento del niño, cómo acercarse a él, cómo estimularlo, cómo reconocer sus señales, cómo acompañar su desarrollo y maduración.

El reconocer las necesidades propias permitió un mejor reconocimiento de las singularidades del bebé, estimulando representaciones más positivas acerca del hijo. Así sintieron menor estrés en relación a los tubos y equipamientos del niño y el ver al bebé alimentarse por vía endovenosa o sonda nasogástrica, o el reconocer ciertos signos como el dejar de respirar, temblores, movimientos ligados a su inmadurez. Esto favoreció las interacciones sintiéndose más seguras al tocar al bebé dentro de la incubadora (tabla 12).

Estos resultados coinciden con los citados en el capítulo 8º del trabajo de Meyer, García Coll, Lester, Boukydis, McDonough y Oh (1994) sobre Programas de Intervención Psicosocial, en relación a los efectos de las intervenciones.

Se mencionó también las consecuencias positivas de las acciones llevadas a cabo con las madres y el bebé, en relación a la interacción entre ambos.

Así las madres del grupo de intervención se sintieron menos separadas del niño, más seguras en su crianza y en poderle brindar los cuidados que requiera.

Estos hallazgos son coincidentes con los reportados por Poë y Pinelli (1997) en relación al nivel de estrés expresado por madres y padres, quienes señalaron que las madres reportaron altos niveles de estrés en la subescala de Interacción con el bebé de la PSS:NICU, en comparación con los padres.

En nuestro estudio el grupo control que no recibió ayuda, expresó mayores niveles de estrés en esta subescala (tabla 4).

Sin embargo a pesar de la intervención, no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos al analizar los porcentajes de los puntajes otorgados a diferentes situaciones consideradas como estresantes; así el total de las madres (n=60) expresó algún nivel de estrés en relación a la asistencia tecnológica que requería el niño (tubos, equipamientos, agujas, etc.) o al aspecto como tamaño pequeño y forma de respirar .

Estos datos pueden ser correlacionados con estudios recientes mencionados en el cap. 6° de Stern y Hildebrandt, 1986, Stern y Karraker, 1990, y citados por Ingleby y Tanke (1995) en relación a una imagen que brindan los bebés prematuros y que son descritos como más frágiles, más pequeños, menos activos, etc. tanto por sus padres como por otros adultos. Y ésto daría lugar en el futuro desarrollo del niño a una “compensatoria parentalidad” (Miles, Holdtich Davis (1997), producto de una representación del niño como “especial y normal”. Representación del niño, que también fue hallado en las entrevistas llevadas a cabo con los padres en el seguimiento de niños prematuros efectuado en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

En relación a la subescala de Interacción con el bebé las madres de ambos grupos señalaron sentir algún nivel de estrés en relación a la separación del niño (95%), el no poder alimentarlo (73%) y sentir que el staff está mas cerca que ellas de su hijo (82%).

Estos datos son coincidentes con los citados en el capítulo 6° y reportados por Wercwszczak (1997), quién plantea que a los 3 años de edad de los niños nacidos prematuros sus madres aún recuerdan las experiencias vividas durante la internación como alteración del vínculo con el bebé y el compartir el cuidado del niño con el personal de enfermería como muy estresante.

Se correlacionó el nivel de estrés general y diferentes variables (tabla 8) considerando el total de las madres. Se determinó que en los casos en los que los padres trabajaban en forma inde-

pendiente, el nivel de estrés de las madres era mayor ($<0,04$). Esto podría tener diferentes causas. Como se mencionó, el trabajo de campo fue realizado en el Hospital Italiano, que es un hospital privado. Por lo tanto el aspecto económico puede ser un motivo de estrés mayor para esta población, más allá de las dificultades coyunturales que se pueden presentar.

Sin embargo es interesante cotejar estos resultados con los aportados por Cronin, Shapiro, Casiro y colaboradores (1995) en el estudio realizado en Canadá y que fue mencionado en el capítulo 6º: “Investigaciones sobre la paternidad del recién nacido prematuro”. Este trabajo exploratorio tenía como objetivo conocer la influencia del estrés parental asociado a la morbilidad a largo plazo con RN de bajo peso. Se compararon 96 familias que tenían un niño nacido prematuro y 101 familias con niños nacidos a término.

Las madres de RNMBP refirieron mayores dificultades económicas, financieras y personales al nacer el niño, ya que debieron ocuparse en mayor medida de éste, lo que trajo aparejado tener que trabajar menos o no poder hacerlo.

En las entrevistas realizadas con las madres posteriores a la administración del PSS:NICU y BDI, estas expresaron dificultades económicas dadas por la larga internación, que era motivada o por dificultades laborales de la pareja, o en aquellos casos que habían sido derivados de otros centros hospitalarios de diferentes zonas del país, que más allá del desarraigo familiar planteaba cuestiones financieras.

Con relación al bebé prematuro, las observaciones del comportamiento neonatal permitieron conocer y acompañar su proceso de maduración a lo largo de la internación.

Con los bebés del grupo de intervención se elaboraron estrategias de estimulación adecuadas a las necesidades del niño y se brindó orientación a los padres acerca de cómo acercarse, cómo estimularlos, etc.

En el análisis de las entrevistas se observaron diferencias entre ambos grupos relacionadas a la relación e interacción con el niño.

Las madres del grupo de intervención (84%) podían reconocer las señales del bebé y refirieron sentirse capaces de saber que necesitaba su hijo, observándose los efectos positivos de las acciones clínicas centradas en el fortalecimiento de las funciones maternas.

El 77% del total de las madres refirieron necesitar el apoyo de la enfermera, padre o abuela para poder cuidar a su hijo y conocer qué es lo que necesitaba.

Si bien con los niños del grupo de intervención se elaboraron ciertas estrategias de estimulación encontramos dificultades en relación a la modificación de las rutinas de la UCIN y cuidados asistenciales en función de la inmadurez de los niños por parte de algunos médicos y enfermeras.

Sin embargo, más allá de estas dificultades, se observan al comparar estadísticamente el tiempo de internación en UCIN una diferencia no significativa entre grupo control y de intervención ($=0,26$), a pesar de que los niños del grupo de intervención presentaron un mayor diagnóstico clínico de severidad (48,3%) en comparación con el grupo control (17,2%).

A pesar de lo señalado anteriormente fue muy interesante la participación de enfermeras y neonatólogos en las observaciones de las interacciones bebé prematuro y sus madres, que se realizaron con el grupo de intervención, observándose un cambio de actitud en el cuidado de los niños, orientado a una asistencia más individualizada y personalizada.

Esto se vio reflejado por un compromiso mayor de parte del personal de enfermería que comenzó a plantearse otros aspectos ligados al cuidado tanto de la familia como del niño. La colaboración en forma activa de la jefa de enfermería posibilitó la progresiva modificación en las rutinas de cuidado.

Esto plantea como estrategia de intervención en el equipo de cuidado del neonato de alto riesgo internado en las Unidades de Cuidado Intensivo la necesidad de la participación de trabajos en grupos interdisciplinarios (bio-psico-sociales) que faciliten la toma de conciencia del equipo asistencial de los esfuerzos que tanto padres y niño realizan para mantener un equilibrio (emocional y físico) durante la internación.

Por último se deben señalar las dificultades encontradas al inicio en la organización de los grupos como control y de intervención y las diferencias halladas en relación al diagnóstico clínico de los niños. Se determinó que el 48,3% de los niños del grupo de intervención presentaron un diagnóstico de mayor severidad que el grupo control en el que sólo el 17,2% presentó ese nivel de diagnóstico.

Por lo desarrollado anteriormente el modelo de intervención llevado a cabo durante la internación con el niño RNMBP y su familia, permitió reducir el estrés y depresión materna.

Si en el grupo de intervención encontramos a niños con una morbilidad de mayor severidad que la del grupo control se puede decir que la asistencia brindada tanto a la madre como al bebé es especialmente importante para aquellos neonatos de alto riesgo.

En el capítulo 8° sobre Programas de Intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres, se hizo referencia al modelo de Programa de Intervención Psicosocial para niños de alto riesgo llevado a cabo por el Dr. Lester y colaboradores en el Infant Development Unit (IDU) del Women and Infant's Hospital de Rhode Island y se planteó el camino desarrollado por dicho programa, el que fue aplicado con fines de realizar un estudio experimental con recién nacidos prematuros y sus familias, y cómo luego de esta investigación sirvió de base para plantearse la importancia de brindar asistencia clínica a otros grupos de pacientes de alto riesgo.

En nuestro caso los resultados positivos encontrados en el trabajo con recién nacidos prematuros con bajo peso y edad gestacional, nos llevó a plantearnos la necesidad de brindar un abordaje clínico a todos aquellos neonatos con diferentes patologías que son internados en la unidad de cuidados intensivos.

Por otra parte organizar trabajos conjuntos con el equipo asistencial de la unidad para estrechar los lazos colaborativos entre neonatólogos, personal de enfermería y psicóloga.

A su vez la importancia de la integración de la dimensión psicológica en las unidades de cuidado intensivo neonatal permitió una mayor humanización del personal de las mismas.

10.7 Bibliografía

- ALS, H. (1986) "Synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of premature infant and his parent in the environment" en: *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*. Sweeney J.K. (Editor). The Haworth Press.
- (1995) "Developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit", en: *Zero to Three*, National Center for Clinical Infant Programs; 15 (6): 1-10.
- BECK, A.T.; WARD, CH. Y MENDELSON, M. A. (1961) "An inventory for measuring depression", en: *Arch Gen Psychiatry*; 4; 561-571.

- CRONIN, C.; SHAPIRO, C.R.; CASIRO, O. Y CHEANG, M. (1995) "The impact of very low-birth weight infants on the family is long lasting", en: *Arch Pediatr Adolesc. Med*, Vol 149, feb.; 151- 159.
- FIELD, T. (1987): " Interactions and attachment in normal and atypical", en: *Journal of Consulting and Clinic Psychiatry*, Vol. 55, N°6 : 853-859.
- (1995)"Infants of depressed mothers", en: *Infant behavior and development*" 18:1-13.
- GENNARO, S.; YORK, R. Y BROOTEN, D. (1990) "Anxiety and depression in mothers of low birthweight and very low birthweight infants birth though five months", en: Iss. Comp. *Pediatric Nurse*, 13: 97-109.
- INGLEBY, J.D. Y TANKE M.J. (1995) "Prematurity stereotype", en: "A sample of dutch mothers: do researchers suffer from a prejudicial parent stereotype", *Infant Mental Health Journal*, Vol. 16, N°3 : 169-178.
- EY, HENRY(1990) *Tratado de psiquiatría*, Octava edición, Masson S.A.
- FREUD, S. (1920) "Más allá del principio de placer", en: *Obras completas*, Amorrortu editores, Tomo XVII.
- FUSTIÑANA, C. Y RUIZ, A. L. (2000) "Situaciones críticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales", en: *Revista Científica de UCES* Vol IV N°2.: 151-166.
- HUANG, J. (1998): *A cross-cultural analysis of the neonatal intensive care unit Buenos Aires, Argentina vs. Providence, RI USA*. Tesis no publicada.
- KAPLAN, I, H; SADOCK; GREBB (1994): *Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta. Psiquiatría clásica*. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 7º edición, 1997; 622- 626.
- KLAUS Y KENNEL (1975) "Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo", en: *La relación madre-hijo*; Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1983; 112.
- MARTINEZ, J. C. (1991) "El contacto madre-hijo prematuro piel a piel, un aporte a la moderna asistencia neonatal", en: *Arch Arg. Pediatr.*, 1991;89: 142- 147.
- MEYER, E. C.; ZEANAH, C.H.; BOUKYDIS, C.F.Z. Y LESTER, B. A. (1993) "Clinical Interview for parents of high-risk infants: concepts and applications", en: *Infant Mental Health Journal*, 14 (30) 192-207.

- MEYER, E.C.; GARCÍA COLL, C.T.; LESTER, B.M.; BOUKYDIS, C.F.Z. (1994) “Family Based Intervention Improves Maternal Psychological Well-being and feeding interaction of preterm infants”, en: *Pediatrics*, 93 (2) 241-246.
- MILES, M.S.; FUNK, G. S. Y CARLSON, J. (1993) “Parental Stressor Scale: neonatal Intensive care Unit”, en: *NR May / june, VOL 42, N° 3* 148-152.
- MILES, S. M. Y HOLDITCH DAVIS (1997) “Parenting the prematurely born child: pathways of influence”, en: *Seminars in perinatology*, vol. 21, n°3 p.258.
- OIBERMAN, A. (1999) *Padre-bebé. Inicio de una relación*; Editorial Universidad de La Plata.
- POË, D.S. Y PINELLI, J. (1997): “Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units”, en: *Neonatal Network, Vol. 16, N°1*, 29-37.
- RUIZ; CRAVEDI Y CERIANI CERNADAS (1996/1997) “Evaluación de un modelo de intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres en las unidades de cuidado intensivo neonatal”, en: *Beca de investigación Sociedad Argentina de Pediatría* .
- SAUGHNESSY, J. (1990) *Research Methods in psychology*; Mc Graw-Hill, Fourth Edition 1997, USA; 81-91.
- STERN, D. (1995) “cap. III: El mundo representacional de los padres”, en: *La constelación maternal*, Paidós; 34/35.
- TRAUSE, M.A., KRAMER, L.L. (1983) “The effects of premature birth on parents and their relationship”, en: *Dev. Med Child Neurol.*, 25: 439-465.
- WERCESZCZAK, J.; MILES, M. Y HOLDITCH DAVIS, D. (1997) “Maternal recall of the neonatal intensive care”, en: *Neonatal Network Vol. 16: 1-8*.

Parte IV

Conclusiones

Conclusiones

“gracias por comprender que detrás de un prematuro hay dos personas que se hacen papás antes de tiempo”

Judith y Diego (y Malena)

A partir de las palabras de los padres de Malena se plantearan ciertas cuestiones finales ligadas a la “prematurez” de padres y bebé como así también la inserción del psicólogo en una unidad de cuidados intensivos.

Prematurez del recién nacido y de los padres

El estudio de la neonatología y tratamiento de los recién nacidos es relativamente nuevo, alcanzando mayor desarrollo luego de la Segunda Guerra Mundial. En la antigüedad, los niños nacidos prematuros fueron descriptos como pequeños maravillosos y se asociaba la prematurez a la vulnerabilidad, fragilidad y discapacidad del niño. Budín luego de la instalación de la primera incubadora con aire caliente en la Maternidad de París en 1881, les dió un lugar a los niños nacidos prematuros al crear un “pabellón nuevo y aislado para los niños débiles”. Los bebés prematuros en sus incubadoras fueron objeto de la mirada “curiosa” del público que acudía a verlos en las Exposiciones organizadas por Couney en los inicios de los años 1900. Pero ¿quién les dió un lugar a los padres y su dolor al ver a sus hijos tan pequeños e indefensos?.

Los avances de la neonatología implicaron un progreso en la disminución de la mortalidad infantil; pero al mismo tiempo, un aumento de la sobrevida de bebés de menor tiempo gestacional y

peso. Esta nueva realidad plantea una situación crítica por la larga internación que requieren estos niños, y por el costo emocional que trae aparejado un nacimiento en períodos tempranos de la gestación.

De acuerdo al relato clínico de los pacientes y el trabajo de investigación, se deduce que el nacimiento prematuro es vivido por los padres como un acontecimiento traumático de interrupción de un proceso, encontrándose a los padres no preparados para la separación que la internación del recién nacido en las Unidades de Cuidado Intensivo requiere, ni para el “anidamiento psíquico de un recién nacido “especial”.

El bebé necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero, y los padres también necesitan tiempo para crear un espacio tanto físico como psíquico para un nuevo integrante del grupo familiar.

La prematuridad interrumpe un proceso de “anidación biopsíquica” y la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos del niño traerá como consecuencia, además de la separación planteada, un estado afectivo especial de los padres, que estará ligado a la vivencia de lo traumático y a la tramitación de diferentes duelos, como: “el duelo anticipado”, por el fin del embarazo, por un nacimiento normal, por un bebé perfecto, por el alta del bebé.

Estos duelos ligados a un proceso de “pieza por pieza”, y a un tiempo psicológico, podrán interferir en las futuras representaciones del bebé como frágil o vulnerable, pudiendo tener una influencia en el vínculo entre padres y niño.

Así se pudo observar en el seguimiento alejado de los niños nacidos prematuros en el que algunos padres expresaron de diversas formas, una resistencia a cambiar la representación del niño a pesar de los cambios de éste, dando lugar al “síndrome del niño vulnerable” como fue observado también en los niños nacidos prematuros en edad escolar, y cuyos padres plantearon una paternidad compensatoria durante los primeros años de vida del niño.

“La paternidad compensatoria” surge en los primeros días luego del alta del niño y de acuerdo a los relatos de los padres, éstos consideraban que debían reparar con cuidados especiales las experiencias atravesadas por el bebé durante su internación en la Unidad de Cuidados Intensivos. Así, éste era objeto de “ciertas licencias” en su crianza, como permitirle dormir con ellos, no dejarlo llorar, y otras.

Esta realidad nos llevó a plantearnos la importancia que asume el poder ayudar a los padres desde el nacimiento del niño, en sus procesos de identificación y parentalización, diferenciando las necesidades paternas y del hijo.

Por tal motivo se planteó un abordaje clínico que se sistematizó en un Programa de Intervención Psicológica centrado en el bebé prematuro y sus padres, llevado a cabo desde la internación del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Dicho programa, sirvió para demostrar la importancia del acompañamiento psicológico de padres y bebés prematuros.

Maternidad y prematuridad

El nacimiento prematuro, de acuerdo a los datos aportados por el trabajo de campo y relatos clínicos, sumerge a la madre en una depresión reactiva protectora producida en parte por un futuro incierto del niño o, en aquellos nacimientos de bajo peso y edad gestacional, el niño no podía ser identificado como un otro, porque para la madre era una parte de su cuerpo.

Surgiendo, en consecuencia, estados emocionales que daban lugar a un aumento de ciertos signos depresivos como llanto, irritabilidad, incapacidad para trabajar, alteraciones del sueño, etc. generando un estado de toxicidad y desvalimiento psíquico que de acuerdo con nuestra experiencia, puede afectar los primeros contactos bebé –mamá, dificultando los diálogos y comunicaciones entre ambos.

Por otra parte, la presencia de ciertos factores obstétricos y psicosociales de riesgo, como abortos anteriores, muertes fetales o neonatales, embarazos patológicos, madres sin pareja estable, problemas financieros y desarraigo familiar, como otros hijos mayores, determinaban un cierto déficit de base, entendiendo el mismo como un terreno fértil que puede dar lugar a una cierta vulnerabilidad materna que interferiría en los procesos de separación y diferenciación del bebé. La inmadurez del bebé puede requerir ciertas caricias, estimulaciones que pueden no ser comprendidas por esta mamá “prematura”.

De ahí la importancia de poder acompañar y sostener afectivamente a la madre como fue planteado en el Programa de Intervención, proceso que implica la creación de una “membrana extrauterina” para lo emocional.

El ambiente de la UCIN, con su tecnología y personal especializados, pueden producir en las madres un obstáculo en sus intentos de reorganización ante esta vivencia traumática en la que su hijo es cuidado por otros, siendo una madre “part-time”, que se sintetiza en la delegación de cuidados, pero no de funciones. Desde la incubadora su bebé le dará señales para que ella sepa que es su mamá. ¡Pero qué trabajo es poder entender el lenguaje de este pequeño bebé, rodeado de aparatos y ruidos de alarmas! Las máquinas, otros bebés enfermos internados en la unidad, el tamaño del hijo, agujas y tubos que lo rodean, generan “un susto” para sus madres y estas vivencias van más allá de las palabras.

A través de estos encuentros entre madre-bebé prematuro se crea una representación de esta interacción a partir del cuerpo del niño y elementos que lo rodean: monitores, respirador, incubadora, etc. y que darán lugar en la madre, a la emergencia de otras representaciones internas en función de sus fantasías, identificaciones, y modelos de ella como hija y como madre.

Por eso, adquiere significativa importancia el desarrollar una matriz de apoyo y sostén para la madre, que le permite rescatar las necesidades propias y del niño, superando la preocupación médica primaria centrada exclusivamente en lo somático del bebé y en la tecnología que lo rodea.

Así, el psicólogo interviene estableciendo un enlace entre el mundo interno materno y el bebé, más allá de la tecnología que lo rodea.

Paternidad y prematurez

Las estrategias elaboradas para trabajar con los padres del grupo de intervención plantearon ciertas cuestiones ligadas a la paternidad y la prematurez.

Se analizó cómo el nacimiento prematuro ubica al padre en un rol “imprevisto” ver al bebé primero que la madre, “reconocerlo a través del discurso médico”.

Durante el 3º trimestre de embarazo surgen en el futuro padre preocupaciones ligadas a la salud del bebé. El nacimiento de un niño en estos momentos de la gestación, prematuro e inmaduro podía llegar a transformar en realidad esas fantasías dando lugar a una representación del niño como frágil.

Estas preocupaciones y temores, de acuerdo con las observaciones realizadas, interfieren en los primeros contactos entre

padre-bebé, quedando el padre en un segundo plano en relación al vínculo madre-bebé.

También en el capítulo 3° sobre la “Paternidad prematura” se describen los recorridos que realiza el padre en su proceso de posicionamiento como “padre de este hijo” y adquiere importancia aquí la labor de los equipos de atención de la Unidad de Internación Neonatales para lograr un enlace entre bebé y papá, sosteniendo a éste en el advenimiento de su función paterna, no permitiendo que el padre quede afuera de los cuidados dados al niño, integrándolo no desde el modelo maternal, sino como padre del niño.

En un embarazo y nacimiento a término, la madre presenta el bebé al padre; en un nacimiento prematuro se da una situación inversa; es el equipo de atención, la enfermera o el neonatólogo, los que presentan el hijo al padre. El “reconocimiento a distancia” de un niño pequeño rodeado de tecnología puede llevar a movilizar fantasías anteriores del padre, y la enfermera, sin comprender esta situación, puede proponerle “que toque a su hijo”.

De acuerdo con los relatos de los padres presentados, se les plantea una difícil situación, que puede traer aparejado un proceso de angustia doble, al sentirse mensajero y mediador entre los informes médicos- el niño y la madre. El padre debe contener a la madre y al bebé, pero también tiene necesidad de ser contenido. De ahí la propuesta de acompañarlo en el proceso de desarrollo de su paternidad. El padre se hace padre ante la presencia del hijo, proceso ligado a los pensamientos y no a lo biológico, como es en el caso de la maternidad.

La importancia de ayudar al padre en sus primeros contactos con su hijo, más allá de los informes médicos, facilita los contactos directos, “piel a piel” entre ambos. Así podrá investir este padre a su “hijo” y éste lo posicionará en su lugar de “padre”.

Ciertos factores psicosociales (dificultades para expresar los sentimientos, para atravesar el pasaje de pareja conyugal a parental, problemas laborales y financieros) pueden llegar a interferir en las posibilidades paternas que requiere el transformarse en una figura de sostén para la madre.

La tarjeta escrita por los padres de Malena, que pertenecían al grupo de intervención, representa a nivel emocional lo que ellos sienten y que fue reflejado en sus palabras: “*dos personas que se hacen papás antes de tiempo*”: padre y madre. Por otra parte, las acciones preventivas llevadas a cabo con ellos y su hija, los lleva a escribir por *comprender...* que reflejaría la matriz de apoyo y

sostén anteriormente descripta y brindada a través del abordaje clínico.

Por otra parte, debemos considerar que ser padre o madre puede ser objeto de una representación y significación diferente, según el origen cultural y social de cada individuo, planteo desarrollado por P. Aulagnier en su “contrato narcisista”. Así, debemos incluir la dimensión sociocultural al estudio de la prematuridad, que adquirirá significado a partir de las representaciones sociales de la paternidad y del hijo.

Las representaciones sociales constituirían un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la interacción social cotidiana de los individuos, proveyendo a los mismos, un conocimiento y entendimiento que surge de experiencias, de informaciones y modelos. Estos son transmitidos a través de la historia, la tradición, la educación y la comunicación social, dando lugar a un conocimiento “profano” o de “sentido común”. La representación social de la paternidad y la maternidad que poseen los padres y el equipo de atención pueden ser diferentes, generando conflictos entre ambos.

De ahí la importancia de implementar programas de intervención que tengan en cuenta tanto la dimensión biológica, como la psicológica y la social de la prematuridad. Por otra parte, se debe señalar la “vulnerabilidad” que el nacimiento prematuro puede traer aparejado a todo el entorno familiar. En las entrevistas semidirigidas llevadas a cabo con las madres que participaron en el trabajo de investigación, refirieron dificultades con sus hijos mayores por las exigencias de éstos y por su necesidad de permanecer al lado del recién nacido prematuro al que sentían como más “frágil”. Cuando los otros niños de la familia dejan de recibir su cuota de tiempo y atención por parte de sus padres, pueden reaccionar de diferentes maneras, tales como problemas de aprendizaje o de comportamiento o pensar que la única forma de recibir cariño y cuidados de sus padres es estando “enfermos”. Estos diferentes mecanismos expresados por los hermanos están destinados a llamar la atención de los padres sobre sus necesidades.

Por otra parte, durante la internación el bebé prematuro se transforma en un presente-ausente de la célula familiar. El permitir el ingreso a los hermanos a las Unidades de Internación Neonatal permite la integración del nuevo miembro de la familia. A su vez, la participación de los hermanos en ciertas atenciones hacia el bebé prematuro, como el llevarle un dibujo, sostener la jeringa cuándo está siendo alimentado por sonda nasogástrica,

o en el cambio de los pañales, etc. ofrece un protagonismo más activo a éstos, no quedando expuestos a una separación que puede ser vivenciada como abandono, y dar lugar a las reacciones antes señaladas. El contacto directo con el hermano recién nacido prematuro permite, por otra parte, mitigar ciertos fantasmas y temores facilitando procesos identificatorios familiares: “tiene la mano como... o la nariz... etc”.

Los abuelos, por otra parte, cumplen una función de sostén para los padres, en especial la abuela materna como ha sido señalado anteriormente. Reacciones de dolor, dificultades para sostener la espera que la internación del bebé requiere o brindar el apoyo que los padres necesitan, exige de una contención hacia éstos. De ahí la necesidad de crear un espacio psicológico, tanto para hermanos como para abuelos. Así fue demostrado en el capítulo 9º “Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro” en el que se analizan acciones cuyo eje de atención son los padres, los hermanos y los abuelos.

La integración de la dimensión psicológica en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

A partir de las conclusiones de esta tesis se desprende la necesidad de transmitir al equipo de atención de las Unidades de Internación Neonatal la importancia de la integración de la dimensión psicológica. Al respecto, el trabajo de investigación permitió determinar los efectos positivos de la atención brindada a los padres y al recién nacido prematuro.

La integración de algunos elementos de la investigación, en la práctica cotidiana, nos expresa la necesidad de ampliar la tarea llevada a cabo a través del Programa de Intervención Psicológica hacia todos los neonatos de alto riesgo internados en la Unidad de Cuidados Intensivos, reflejando la trasposición de conocimientos. El diagnóstico clínico de mayor severidad que presentaban los niños del grupo de intervención y el menor nivel de depresión y estrés expresados por sus madres, muestran la importancia de introducir un espacio para lo psicológico durante la internación del neonato enfermo o prematuro.

La enfermedad grave o una prolongada internación en UCIN produce una ruptura entre los lazos del bebé y su medio natural: su familia, ya que es adoptado transitoriamente por el equipo de cuidados neonatales. El objetivo esencial en esos momentos es

preservar su desarrollo somático o clínico, pero es muy importante el seguimiento de lo psíquico, esto implica atender las necesidades de su madre, padre y el resto de su familia.

Por lo tanto, las dimensiones “cuerpo y psiquis” no son tan ajenas, y ambas deben interactuar amalgadamente. Ejemplos de esto se señalaron en los capítulos referidos a las situaciones críticas dadas en una unidad de neonatología o en los relatos clínicos del Programa de Intervención. La integración entre los campos médico y psicológico, requiere de sistemas suficientemente permeables, que incluyan los aspectos médico, psicológico, y social favoreciendo una mejor comprensión de las diferentes situaciones que pueden darse entre el recién nacido y sus padres.

Esta colaboración entre diferentes dimensiones, produce un efecto positivo, siendo el riesgo lo opuesto o sea que los diferentes profesionales produzcan un efecto de “clivaje” o “descompartimentalización” entre cuerpo y psiquis. Estrategias de cuidado y tomas de decisiones elaboradas en común, pueden ser llevadas a cabo sin “clivaje” y sin confusión de espacios. Este “ideal” de relación no está exento de conflictos, pero es precisamente en la capacidad de reconocerlos que esta divergencia puede ser superada, produciendo una ligazón efectiva entre profesionales.

Es importante también la inclusión del psicólogo como integrante del equipo de atención neonatal, ya que al estar directamente involucrado en la asistencia del niño, puede comprender los aspectos psíquicos pasados y presentes de los padres y favorecer la capacidad parental, estableciendo enlaces con este bebé “especial”. Los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales demandan un acompañamiento, más que una respuesta directa.

Por otro parte, el psicólogo puede desarrollar una serie de intervenciones con el equipo médico o de enfermería, como fueron descritas en esta tesis, y que tendrían como objetivo una mejor comprensión por parte de estos profesionales acerca de los sufrimientos afectivos de los padres. Otra función de estas intervenciones sería la de facilitar la observación “del bebé” para dar un sentido a sus manifestaciones corporales y de comportamientos.

Hay que aclarar que el psicólogo que se desempeñe en este tipo de tareas necesita cumplir con algunos requisitos. Por ejemplo: a) una formación especial en relación a la atención a la perinatalidad y b) un cambio en sus enfoques, ya que su abordaje clínico no se centra sobre las causas de desórdenes psicopatológicos, sino que debe trabajar sobre las representaciones y

significaciones que pueden tener para el niño y sus padres el haber nacido antes de tiempo y la influencia de esto en las interacciones precoces y futuras representaciones de padres e hijo. Se señala la importancia de no realizar pronósticos a futuro de la interacción entre el niño y sus padres, basándose exclusivamente en la historia y los relatos de éstos, ya que el niño es un participante activo de la relación. Esto demuestra la necesidad por parte del psicólogo de estar formado para conocer en profundidad el comportamiento neonatal .

Por otro lado, el psicólogo deberá desarrollar una empatía (sintonía afectiva) que le permita conocer y ayudar tanto a los niños y a los padres como al equipo de atención neonatal, para crear una “base de seguridad” en el sentido de disponibilidad emocional dada a través de la continuidad de su trabajo en el tiempo, en los contactos precoces y en la confianza para poder ayudar al otro, para “tomarlo” en su propia subjetividad (el “*por comprender de los padres*” de Malena).

Conclusión general

En esta tesis se ha desarrollado la temática referida a los efectos psicológicos del nacimiento prematuro en los padres y en el recién nacido y sus consecuencias en la relación que se establece y en el futuro desarrollo del niño. Los conocimientos alcanzados permitieron fundamentar la organización y sistematización de un abordaje clínico formulado como Programa de intervención afín de transmitir las acciones llevadas a cabo.

El trabajo de investigación realizado permite reafirmar:

1. la necesidad de integrar la dimensión afectiva y vincular al trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales;
2. la conveniencia de trabajar en forma integrada con los equipos médico y de enfermería, para lograr un abordaje transdisciplinario y multifactorial, desde una perspectiva de prevención.

Somos concientes con lo difícil que resulta esta tarea y los esfuerzos que realizan diferentes integrantes del equipo de atención neonatal para mantener un abordaje integrado cuerpo-psi-quis, a pesar de las múltiples interferencias que surgen en una unidad de cuidados intensivos, donde reina un alto nivel de exigencia por el estado somático de los niños y afectivo de los padres, generando en los profesionales movimientos internos en

búsqueda de un equilibrio ante la difícil tarea. La tarea profesional en equipo y no en soledad facilita la contención que requiere el profesional, quien contiene a otros: padres y bebés.

La elaboración de esta tesis lejos está de haber cerrado caminos, al contrario, permitió aclarar algunos temas y estimuló nuevas investigaciones para comenzar a reflexionar sobre otros aspectos.

Bibliografía General

- ABERASTURY, A. (1984), *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Paidós. Buenos Aires.
- AINSWORTH, M. (1978), *Patterns of attachment*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey.
- ALS, H. GIBES, R. (1986), "Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP)", Boston MA Children's Hospital.
- ALS, H. (1986) "Synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of premature infant and his parent in the environment" en: *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*. Sweeney J.K. (Editor). The Haworth Press.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Ed.) Washington DC
- ANTHONY, E.J. Y BENEDEK, T. (comp.) (1970) *Parentalidad*. Asappia Amorrortu Editores.
- ARIÈS, P. (1975) *Historia de la muerte en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros días*. El Acanalado, Barcelona, 2000
- BAYLEY, N. (1993) *Bayley Scales of infant Development* (Manual). Second edition; The Psychological Corporation; San Antonio USA.
- BRAZELTON, B. (1973) *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, en: (1995) *Clinics in Development Medicine*, N^o 137; Mac Keith Press, 3ra edición; Londres.

- BRAZELTON, B. Y CRAMER, B. (1990), *La relación más temprana* Paidós, España 1993.
- BOWLBY, J. (1954) “*Cuidados maternos y salud mental*”, Organización Mundial de la Salud, Monografía N°2. Ginebra.
- BOWLBY (1980) *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, en: Biblioteca de psicología profunda. Paidós. Barcelona, 1989.
- BRUN, D. (dir) (1993) *Pediatría y psicoanálisis*; Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.
- CUPO, D. Y LEBOVICI, S. (comp.), (1997) *Famille à l'hôpital*; La pensée sauvage éditions, Paris.
- EY, HENRY (1990) *Tratado de psiquiatría*; Octava edición, Masson S.A.
- FAVA VIZZIELLO, G.; ZORZI, BOTTOS (comp.) (1992) *Los hijos de las máquinas*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.
- FIELD, T. (1995) *Touch in early development*; Lawrence Erlbaum Associates, Publishers New Jersey, USA.
- FREUD, S. (1917) “*Duelo y melancolía*”, en: (1979) *Obras completas*, tomo XIV; Amorrortu editores, Buenos Aires.
- (1914) “*Introducción al narcisismo*”; O.C., tomo XIV A.
- (1919) “*Lo Ominoso*”; O.C., tomo XVII AE.
- (1920) “*Más allá del principio de placer*” O.C.; Tomo XVIII AE.
- (1926) “*Inhibición, síntoma y angustia*” O.C.; Tomo XX AE.
- (1893) “*Estudios sobre la histeria*” O.C.; Tomo III A.E.
- GREEN, A. (1983) *Narcisismo de vida Narcisismo de Muerte*. Amorrortu editores, Bs As, 1986.
- GUTTON (1983) *El bebé del psicoanalista*; Amorrortu Editores, Buenos Aires 1987.
- KESTEMBERG, E. (director), (1977) *Le devenir de la prématurité*, PUF Psychiatrie de l'enfant, Paris.
- KLAUS, M. Y KENNEL, J. (1975), *La relación madre-hijo*; Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983.
- KAPLAN, M. Y MAYES, L. (1997) *Seminars in perinatology* Vol 21, N° 3
- KLIMOSKY, G. (1993) *Las desventuras del conocimiento científico*; Az editora, Buenos Aires.

- LACROIX, M. B.; MAGUY MONMAYRANT (1995) *Les liens d'émerveillement*; Editions érès Ramonville, Saint Agne.
- LANGER, M. (1964) *Maternidad y Sexo* Paidós, Buenos Aires.
- LAZARUS Y FOLKMAN (1986). *Stress and emotion. A new sintesis*. Springer Publishing Company, New York, 1999
- LEBOVICI, S. WEIL-HALPERN, F. (comp) (1989), *La psicopatología del bebé*. Siglo Veintiuno Editores.
- LEBOVICI, S. (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.
- LESTER Y TRONICK, E. (comps) (1990) *Clinicas perinatológicas*; Interamericana, Mcgraw-Hill.
- LESTER, B.; BIGSBY, R. Y MEYER, E.C. (1997) *Training program in psychosocial intervention for high-risk infants and their families*. Material bibliográfico de formación dado en Women & Infant's Hospital and Brown University Program in Medicine Providence, RI.
- MHALER, M. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*, Ediciones Marymar, Buenos Aires, 1984.
- MANNONI, M. (1964) *El niño retardado mental y su madre*, Paidós, 1982.
- MARTINEZ, J. C. (1993) *El bebé prematuro y sus padres: medicina y amor*, Lidium, Buenos Aires.
- MARTINEZ, C. (1996), *Avances y redescubrimientos en la asistencia del recién nacido*, Cesarini Hnos Editores, Buenos Aires.
- MAZET, P. Y LEBOVICI, S. (comp.) (1998) *Psychiatrie périnatale*; Monographies de la psychiatrie d'enfant, Presses Universitaires de France, PUF.
- MOLÉNAT, F. (1992) *Mères vulnérables. Les maternités s'interrogent*-Stock. Laurence Pernoud.
- OIBERMAN, A. (1999), *Padre-bebé. Inicio de una relación*, Ed. Universidad de la Plata.
- SANDRI, R. (comp) (1994) *L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications*; Collection L'Enfant, CESURA, Lyon.
- SAUGHNESSY, J. (1990) *Research Methods in psychology*; Mc Graw-Hill, Fourth Edition, USA, 1997.
- SOIFER, R. (1971) *Psicología del embarazo*. Kargieman. Buenos Aires.

- SPITZ, R. (1965) *El primer año de vida del niño*, Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 1985.
- STERN, D. (1985) *El mundo interpersonal del infante*, Paidós, Psicología Profunda, Buenos Aires, 1991.
- STERN, D. (1995) *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*, Paidós, Buenos Aires (1997).
- SOUSSAN, P. B. (comp) (1998) *Le bébé à l'hôpital*, SYROS, France.
- VIDELA, M. (1973), *Maternidad: mito y realidad*, Nueva Visión, Buenos Aires (1997).
- WYLY, V. M. (1995) *Premature Infants and Their Families*, Singular Publishing Group, INC San Diego-London.
- WINNICOTT, D. (1956), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Editorial LAIA, Barcelona (1979).
- (1960) *El proceso de maduración en el niño*, Editorial LAIA, Bs As 1975.