



SEDE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES PERSONALES

TESIS DE GRADO

**“La Asistencia Psicológica Profesional en Neonatología”**

Tesista: Mendoza, M Soledad

Tutora: Mareovich, Florencia

Título a obtener: Lic. en Psicología

Fecha: Marzo 2019

## **Resumen**

La presente investigación tiene como objetivo indagar sobre la concepción que tienen las madres sobre la asistencia psicológica profesional en la unidad de cuidados intensivos neonatales área (UCIN). Para tal fin se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 12 madres que han atravesado la internación de sus hijos en UCIN por un tiempo de una semana a dos meses aproximadamente y con hijos que al momento de la investigación no superen la edad de 24 meses. Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas, organizadas según los siguientes ejes: experiencias emocionales y percepciones en relación a la situación de internación de un hijo en UCIN, características del proceso de vinculación madre-bebe en contexto de internación, estrategias emocionales desplegadas por las madres para afrontar dicha situación, contención familiar y asistencia psicológica profesional. Los resultados indicaron que la internación de sus hijos en UCIN es una situación inesperada para las madres que genera una serie de emociones negativas como miedo, frustración o ansiedad. La restricción de horarios y limitaciones de contacto físico podrían obstaculizar la vinculación temprana madre-bebé. Además el análisis de los datos pone de manifiesto la ausencia de la asistencia psicológica profesional en el área de neonatología. Para finalizar se reflexiona acerca de rol del psicólogo y las posibles intervenciones que se pueden realizar en el área.

Palabras Claves: vinculación madre-bebé, internación UCIN, asistencia Psicológica.

## **Agradecimientos**

A Augusto por la fortaleza e inspiración.

A Seba, por alentarme siempre y ser un pilar fundamental.

A Florencia por ser mi guía en este proceso, por la contención y la paciencia.

A mis padres que sin ellos no hubiera sido posible, gracias por su apoyo.

A mis compañeros y compañeras de carrera que acompañaron en el recorrido.

Y a mis amigas por entenderme y apoyarme incondicionalmente.

## Índice

|  |            |
|--|------------|
| <b>Resumen.....</b>  | <b>II</b>  |
| <b>Agradecimientos.....</b>  | <b>III</b> |
| <b>Introducción .....</b>  | <b>1</b>   |
| <b>Estado del Arte.....</b>  | <b>4</b>   |
| Intervenciones en el área  | 7          |
| <b>Tema.....</b>   | <b>9</b>   |
| <b>Problema.....</b>   | <b>9</b>   |
| <b>Objetivos.....</b>  | <b>10</b>  |
| <b>Marco Teórico .....</b>   | <b>11</b>  |
| La Maternidad  | 12         |
| Vínculos Tempranos   | 15         |
| Aportes de D.W. Winnicott acerca del vínculo temprano  | 17         |
| La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)   | 20         |
| La humanización de neonatología  | 21         |
| El Prematuro y sus Padres  | 24         |
| Un proceso de vinculación diferente  | 25         |
| El rol del psicólogo en neonatología   | 27         |
| <b>Marco Metodológico .....</b>  | <b>30</b>  |
| Enfoque Metodológico   | 30         |
| Identificación y Definición de Variables   | 31         |
| Tipo de Investigación  | 32         |
| Diseño de investigación  | 32         |
| Población  | 32         |
| Muestra  | 33         |
| Técnicas para la recolección de datos  | 33         |
| Instrumento  | 33         |
| Procedimiento  | 34         |
| Consideraciones éticas   | 34         |
| <b>Resultados y Análisis de Datos.....</b>   | <b>35</b>  |
| Experiencias Emocionales y Percepciones en Relación a la Situación de Internación de un Hijo en UCIN | 35         |
| Características del Proceso de Vinculación Madre-bebe en el Contexto de Internación                  | 39         |
| Estrategias Emocionales Desplegadas por las Madres   | 42         |

|  |           |
|--|-----------|
| Contención Familiar                    | 43        |
| Asistencia Psicológica Profesional     | 45        |
| <b>Referencias Bibliográficas.....</b> | <b>54</b> |
| <b>Anexo.....</b>                      | <b>i</b>  |

## **Introducción**

El propósito de esta investigación es conocer la concepción que tienen las madres, que han atravesado la internación de un hijo/a en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), sobre la asistencia psicológica profesional.

El nacimiento de un niño no es solo un hecho biológico, sino que involucra aspectos emocionales, psíquicos y vinculares. Este acontecimiento es, generalmente, un momento esperado por los padres, con la esperanza de llevar a sus hijos para integrarse al hogar y la familia. Pero ¿qué ocurre cuando un bebé nace prematuro, presenta alguna patología neonatal o clínicamente es considerado un bebé de alto riesgo? En estos casos los recién nacidos son derivados a la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología (UCIN). Cuando surgen estas complicaciones que requieren la hospitalización, madres y padres experimentarían estados emocionales complejos, derivados de percibir la vulnerabilidad de sus bebés y experimentar la separación que conlleva el proceso de hospitalización (Vega, 2006).

La internación del bebé implica un contexto nuevo y diferente para la vinculación, donde se plantearán nuevos interrogantes y nuevos desafíos, tanto para el bebé como para la madre. El niño deberá completar su desarrollo fuera del cuerpo de su madre, o superar una patología neonatal, mientras que la madre deberá afrontar una doble crisis: la evolutiva del nacimiento y la circunstancial de la internación del niño. Uno de sus primeros grandes desafíos como diada será establecer un vínculo saludable en estas condiciones singulares (Oiberman, 2007a).

El equipo de salud tiene como función atenuar los obstáculos que la hospitalización temprana pueda generar para el recién nacido y para sus padres (Giovannini, 2009). Si bien dentro de esta área interviene tradicionalmente la medicina, se considera relevante que la psicología tenga una propuesta de acción que articule la percepción y experiencias emocionales de los propios sujetos que han vivido la situación de hospitalización de sus hijos, con proyectos de intervención capaces de empoderar a las madres y/o padres, como cuidadores principales de sus bebés (Oiberman, 2007a).

En este sentido, el campo de la Psicología Perinatal toma relevancia como una rama de la Psicología que aborda el embarazo, el parto, el nacimiento de un bebé y el puerperio de una madre. Desde esta línea se trabaja el vínculo entre la madre y su bebé, junto con el

papel del padre en ese proceso de parentalidad, cuya finalidad es ayudar a la madre y al bebé en esta etapa de crisis y vulnerabilidad (Oberman, et al 2011).

Ante esta situación, que da cuenta de una compleja realidad experimentada por las madres de bebés hospitalizados en UCIN y la necesidad de contener psíquica y emocionalmente a estas madres para favorecer la vinculación temprana con su hijo/a, surge la necesidad de preguntarse: ¿Cuál es la concepción que tienen las madres sobre la asistencia psicológica profesional durante la internación de sus bebés recién nacidos en Neonatología?

Para responder a este interrogante, esta investigación exploró la experiencia emocional y las vivencias personales de dichas madres, y la implicancia que tiene la asistencia psicológica en el contexto de la hospitalización. Se realizó un estudio cualitativo. La recolección de los datos se llevó a cabo con entrevistas semi-estructuradas a 12 mamás de la ciudad de Rosario. La muestra trabajada fue intencional, cuyo criterio de inclusión para participar de la investigación, fue haber permanecido en UCIN, entre una semana y dos meses, y que al momento de la entrevista la edad de los hijos no superen los 24 meses.

Se considera relevante abordar este problema de investigación ya que si bien, en diversas provincias de nuestro país se han realizado investigaciones e intervenciones en el área de la psicología perinatal con resultados beneficiosos (por ejemplo: Giovannini, 2009; Gutierrez, Jozami Nassif y Carreras, 2016; Oberman, 2007b), no se han encontrado investigaciones o intervenciones en la ciudad de Rosario y en la provincia de Santa Fe, lo que pone de manifiesto que la psicología perinatal es una rama de la psicología que puede aún expandirse y desarrollarse.

Este trabajo puede contribuir a reflexionar sobre el rol del psicólogo perinatal en el acompañamiento de familias con bebés internados en UCIN y su inclusión en el equipo de salud.

La primera parte de esta tesis presenta los antecedentes históricos e investigaciones relevantes que aportan los conceptos que enmarcan el objeto del presente estudio. La segunda parte corresponde al marco teórico, que define el conocimiento actual de los ejes fundamentales que guían la investigación.

Seguidamente, se refieren los aspectos metodológicos donde se exponen los objetivos del estudio; el tipo y diseño de investigación; la técnica de recolección de datos y el procedimiento y las consideraciones éticas.

A continuación se revelarán los resultados con su respectivo análisis, luego se expondrán conclusiones y propuestas de futuro que se derivarán de esta investigación. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos que se han considerado oportunos.

## **Estado del Arte**

El avance científico y tecnológico en el campo de la neonatología ha permitido lograr una reducción de la morbilidad neonatal, pero también trajo nuevas preocupaciones y desafíos para la perinatología: el bebé “sobreviviente” y sus padres; surgiendo así nuevas líneas de intervención interdisciplinarias y de investigación (Santos, 2008). Esto produjo en los últimos años, un cambio de paradigma en la asistencia perinatal: de la atención basada exclusivamente en la tecnología y la medicalización, a la asistencia humanizada que permite recuperar derechos que se habían perdido con la institucionalización del parto (Larguía, Lomuto y González 2006). Estas modificaciones coinciden con la incorporación del psicólogo en este campo.

La Psicología Perinatal abarca como objeto de estudio tanto a la madre embarazo, parto y puerperio, como al bebé en sus primeros meses de vida y a la relación que se construye entre ambos. La espera de un hijo y la llegada del mismo enfrentan a la madre con una experiencia nueva, intensa y transformadora que implica un reposicionamiento subjetivo. Esta nueva construcción puede no darse, o verse obstaculizada por una conjunción de variables, entre las que se encuentran el azar de la circunstancia particular y la singularidad de cada mujer en situación (Oberman, 2005).

Izzedin Bouquet (2011) propone reflexionar sobre la importancia del psicólogo en el equipo de los servicios de neonatología para favorecer y/ o fortalecer el vínculo de la diada madre-recién nacido, destacando la necesidad de un trabajo preventivo en salud mental materno infantil.

Otro aporte a tener en cuenta fueron los resultados preliminares de una investigación realizada por Hauser y Milan (2012), en la cual se proponen caracterizar las interacciones de madre-bebé de alto riesgo durante la internación, con la intención de comprender las modalidades vinculares y la detección precoz de las dificultades. Se trata de una investigación de tipo descriptivo-interpretativo que se desarrolla en el Servicio de Neonatología de un Hospital Público de la Provincia de San Luis, Argentina, a través de la Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé, se realizó la recolección de los datos.

Los resultados obtenidos demuestran que las interacciones entre las madres y sus bebés internados adquieren características peculiares, pero que no necesariamente se ve obstaculizado el vínculo. Las autoras consideran la investigación de gran importancia ya que según los resultados obtenidos, en el futuro se podrían detectar tempranamente

situaciones de riesgo vincular antes de que el niño sea dado de alta, lo que posibilita desarrollar estrategias de intervención para favorecer el desarrollo saludable del vínculo.

En el mismo año (2012) una investigación significativa en nuestro país es la de Caruso, la cual se realizó en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los resultados obtenidos permiten observar que el nivel de estrés en los padres es moderado, lo que resulta en una alteración del rol parental, utilizando mayores respuestas de aproximación para su afrontamiento. Al mismo tiempo, los resultados demuestran que las respuestas de evitación, se asocian a niveles de estrés más elevados.

Guerra Ramírez y Muñoz de Rodríguez realizaron en 2013 una investigación en una institución de Barranquilla, Colombia, con el objetivo de describir las expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado y como puede verse afectada dicha relación por las exigencias y barreras que impone el soporte tecnológico complejo en las unidades de cuidados intensivos. El tipo de estudio llevado a cabo fue de tipo descriptivo, etnográfico, cualitativo, basado en el método de la etnoenfermería. Para la recolección de la información se utilizó la observación-participación-reflexión, la fotografía y la entrevista en profundidad, lo cual facilitó el análisis de la información a través de la guía de análisis de datos de las fases de la etnoenfermería y las ideas de las madres acerca de comportamientos y expresiones de apego con sus hijos.

En los resultados de este estudio fueron identificados cuatro temas culturales: la comunicación madre-recién nacido, la observación, el toque materno y el apoyo religioso y familiar, lo que indica que las madres tienen su forma propia de establecer una relación de apego con sus hijo, lo que permite obtener un conocimiento específico para orientar la práctica de la enfermería en este caso, al brindar cuidados culturalmente congruentes. Lo que puede aplicarse desde luego a la práctica de la psicología, para brindar apoyos aceptables y viables en relación a fomentar el vínculo.

Serret (2014) ha tratado en su tesis, la relación del cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal, si bien lo hace desde un enfoque desde la enfermería es interesante tenerlo en cuenta ya que analiza si las enfermeras dan respuesta a las necesidades de las madres y los padres para establecer una buena vinculación con sus hijos prematuros en una unidad neonatal. En los resultados se muestra que los padres y madres necesitan y reciben cuidados de sus sentimientos ante al parto prematuros, el ingreso a la unidad neonatal, los efectos de la estructura, ambiente y

normas, las relaciones personales que se establecen; la percepción de la imagen de su hijo y su entorno; y la vivencia de su relación.

Es relevante ante el tema, la investigación realizada por Gutiérrez, Jozami Nassif y Carreras en el año 2016, la cual se propuso explorar las percepciones y vivencias de madres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Neonatales de la Maternidad Dr. Faustino Herrera, de la ciudad de La Banda, Santiago del Estero, como así también identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que las mismas desarrollan ante esta situación específica.

Participaron de dicha investigación seis madres de prematuros, a las cuales se les administró una entrevista semi-dirigida que permitió obtener la información necesaria para responder a los objetivos planteados. Los resultados indicaron que el nacimiento prematuro de un hijo es un hecho percibido como inesperado y un suceso para lo cual ninguna madre se encuentra preparada, siendo el disparador de pensamientos y emociones negativas, como la sensación de culpabilidad o responsabilidad por lo sucedido, lo que dificulta el establecimiento del vínculo madre-bebé. Se encontraron diferencias en cuanto a las percepciones y vivencias de las mismas en relación a la complejidad de los cuidados que necesita el bebé, de lo que se infiere que el estado de salud del mismo modula las emociones en la madre y modifica sus percepciones. Se identificaron nueve estrategias de afrontamiento (búsqueda de apoyo espiritual, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, distanciamiento, búsqueda de información, autocontrol, aceptación, búsqueda de apoyo profesional y planificación), siendo la más utilizada búsqueda de apoyo espiritual y búsqueda de apoyo social (Gutierrez et al. 2016).

### **Intervenciones en el área**

Al comenzar a indagar sobre la contención psicológica en Neonatología surge como antecedente más cercano la experiencia realizada en una maternidad de la provincia de Buenos Aires, dependientes de la cátedra de psicología Perinatal de la Universidad de Buenos Aires.

Desde 1991 un equipo de psicólogas realiza una tarea conjunta con neonatólogos, obstetras, pediatras y enfermeros en distintas áreas, se lleva a cabo en el servicio de Neonatología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil Ana Goitia (Avellaneda, Buenos Aires) y forma parte de un programa de Asistencia comunitaria que depende de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Oiberman, 2007b).

El desarrollo de esta nueva área psicológica es producto de 25 años de trabajo creativo y artesanal. Donde cada idea, concepto teórico y cada modalidad de intervención específica ha sido generada a partir de los desafíos encontrados en el trabajo clínico asistencial diario. (Oiberman, et al 2011).

La modalidad de trabajo consiste en acompañar diariamente la guardia neonatológica y obstétrica en un trabajo interdisciplinario, con el objetivo de incluir la dimensión psicológica en el abordaje de la problemática de la madre y el bebé y ayudar principalmente a la madre en esta etapa de crisis y vulnerabilidad (Oiberman, 2007b). Las intervenciones operan sobre alteraciones que pueden producirse en el proceso de embarazo, parto, puerperio y los primeros 3 años de vida.

Las características específicas del trabajo es que se lleva a cabo con ausencia de demanda, es el equipo quien aborda a la madre, o bien es solicitado por el equipo de salud cuando lo consideran necesario y flexibilidad del encuadre, es decir, sin horarios ni lugares físicos específicos.

Siguiendo la misma línea, Giovannini (2009) realiza un Programa de contención psicológica para padres con bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en una maternidad en la Ciudad de Río Cuarto, Provincia de Córdoba. En este proyecto de aplicación profesional, surgido a partir de un diagnóstico institucional de dicha maternidad, se concluyó que la demanda a abordar gira en torno de la falta de contención psicológica a los padres con bebés internados en la UCIN, de allí surge la necesidad de crear el proyecto para observar cual es el rol del psicólogo y el desempeño de la tarea psicológica en el área de la neonatología.

Partiendo del interrogante planteado y a partir de la bibliografía encontrada podemos observar que el campo de la neonatología está fundamentalmente estudiado desde la perspectiva médica y si bien hay investigaciones que hacen hincapié en el vínculo temprano madre e hijo y las consecuencias de la separación por la hospitalización del niño, se advierte la necesidad de explorar y comprender que sucede con la madre en estos casos; es decir, que estrategias utiliza para afrontar esta situación, con qué recursos psicológicos cuenta y que implicancia tiene la contención psicológica en estos casos.

Como futura psicóloga considero interesante el área de la psicología perinatal y fundamentalmente el rol y las intervenciones que podemos hacer desde nuestra profesión para poder brindar un sostén y facilitar los recursos a la madre ante esta situación de crisis, sabiendo de la importancia que tiene para el desarrollo del niño , crear un vínculo y apego con la madre.

## **Tema**

La asistencia psicológica profesional en la unidad de cuidados intensivos de neonatología, desde la perspectiva materna.

## **Problema**

¿Cuál es la concepción que tienen las madres sobre la asistencia psicológica profesional en UCIN?

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Indagar que concepción tienen las madres sobre la asistencia psicológica profesional en la UCIN (unidad de cuidados neonatales).

### **Objetivos específicos:**

- Conocer la experiencia emocional de las madres durante la internación de sus bebés recién nacidos.
- Caracterizar el proceso de vinculación, madre-bebé, en el contexto de hospitalización.
- Explorar que estrategias utilizaron las madres para afrontar los posibles conflictos emocionales y psicológicos que surgieron en dicha situación.
- Identificar qué rol cumple el acompañamiento familiar y del profesional psicólogo durante la internación del bebé.

## **Marco Teórico**

La presente investigación indaga la concepción que tienen las madres sobre la asistencia psicológica en el área de internación de neonatología. Se pretende explorar cómo es la experiencia emocional y las vivencias personales de dichas madres, y la implicancia que tiene la contención psicológica en el contexto de la hospitalización.

Se considera como objeto de estudio de la Psicología Perinatal tanto a la madre en el embarazo, parto y puerperio, como al bebé en sus primeros meses de vida y a la relación que se construye entre ambos. La espera de un hijo y la llegada del mismo enfrentan a la madre con una experiencia nueva, intensa y transformadora que implica una reposicionamiento subjetivo. Esta nueva construcción puede no darse de manera espontánea, o verse obstaculizada por una conjunción de variables, entre ellas la circunstancia particular del parto y la singularidad de cada mujer (Oberman, 2005).

Por este motivo, en este capítulo se realizara un recorrido teórico sobre la noción de maternidad y la construcción e importancia de la vinculación temprana según diversos autores y en particular los aportes de Winnicott, considerados relevantes para la investigación. Asimismo, se realizara una descripción de sobre el área de Neonatología en la cual transcurre la hospitalización y la estadía de las madres, y como se produce el proceso de vinculación dentro de ellas. Para finalizar se describe el rol del psicólogo en las unidades neonatales y sus aportes dentro de una área mayormente tomado por la medicina.

## **La Maternidad**

Oiberman (2013) sostiene que la maternidad implica para la mujer, atravesar una sucesión de procesos: la pubertad, la fecundación, el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza, la educación y la separación. Por lo tanto, es una experiencia que cada mujer desarrolla individualmente pero dentro de una comunidad, en este sentido, refiere la autora, que una madre no nace, sino que se hace.

La maternidad es entendida aquí como un proceso, ya que no se trata de un evento puntual acotado a la circunstancia específica del momento del embarazo o el parto, sino de un momento crítico que implica una construcción. Involucra además, no solo una modificación en el modo de vida, sino que también está relacionado con toda la historia y suma de experiencias de cada mujer. Es decir, que la experiencia de la maternidad excede el hecho biológico y tiene implicancia a nivel social, cultural y psicológico (Oiberman, 2007b).

Por este motivo se plantea la distinción de dos términos, por un lado, la “maternidad”, definida como el acontecimiento biológico, teniendo en cuenta que en su recorrido histórico pasó de ser un hecho puramente biológico natural a, en la actualidad, ser una elección, en un contexto cultural determinado. Por otro lado, se define al “maternaje” como el proceso psicoafectivo que puede acontecer o no en la mujer cuando tiene al niño (Oiberman, 2005).

Entonces el término “maternaje”, tomado aquí de Oiberman (2013) contribuye a pensar la maternidad en un sentido más amplio, como un posicionamiento subjetivo que implica, en este caso, que la mujer deberá asumir una función que no es intrínseca y que se da a nivel psíquico, estableciendo una diferencia con lo que sucede a nivel biológico. Es parte de este proceso también, todo lo que suceda luego del parto, es decir, cómo la mujer ejerce este rol, y sobre todo, cómo se desarrolle el vínculo con su hijo en los diferentes contextos presentados.

Es común encontrar en la variada bibliografía sobre maternidad, teorías que conciben al embarazo y el parto como momentos idealizados de felicidad y armonía que no tienen en cuenta la amplia gama de posibilidades en relación a las sensaciones y experiencias que pueden aparecer.

Alicia Oiberman (2005) revela que la maternidad, representa una crisis vital evolutiva que afecta a todo el grupo familiar y que tanto en los meses de gestación, como en el parto y en los primeros meses de vida del niño, la madre experimenta diferentes

sensaciones, pasando por alegría, miedo, ansiedad e inseguridad, sensaciones y emociones con las cuales muchas veces estas mujeres no saben lidiar. Dicha autora, postula además, que la mujer atravesará esta crisis en función de su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar.

Otro aporte, que contribuye a comprender el fenómeno de la maternidad, parte del concepto de Constelación Maternal propuesto por Stern (1994). Mediante el mismo se alude a la nueva organización psíquica que opera en la madre tras la llegada de un bebé a su vida. Su duración es muy variable pero lo importante radica en que se trata de una construcción única e independiente pero de gran impacto y se convierte en el principal eje organizador del psiquismo de la madre. Esta constelación maternal conlleva cuatro grandes temas: el tema de la vida y el crecimiento, el de la relación primaria, el de la matriz de apoyo, y el tema de la reorganización de la identidad. De acuerdo a estos la madre tendrá sentimientos, deseos, ideas, temores, recuerdos y razones que sustentarán sus acciones.

Siguiendo al autor, este plantea que la madre en su mente, no da a luz a un ser humano, sino a una nueva identidad, ésta es, el sentido de ser una madre. Stern sostiene que al igual que el bebé nace de forma física, la madre tiene que nacer psicológicamente. La nueva madre comienza a identificarse con su propia madre, y gradualmente va dejando el lugar de hija para asumir el de madre (Stern, 1994).

En esta misma línea Stern (1994) describe tres fases mediante la cual una mujer se convierte en madre. La primera fase la denominó de preparación, en ella se incluyen los nueve meses de embarazo. Durante este tiempo, la imaginación de una mujer estaría centrada en sueños, miedos y fantasías sobre cómo será su bebé, y cómo serán los vínculos. También se encuentra en esta fase el nacimiento real del bebé, el cual no convierte a la mujer automáticamente en madre, sino que esto conlleva una preparación psicológica, para que la misma pueda asumirse en ese rol, es decir que da lugar a la madre física pero no a la psicológica.

La siguiente fase incluye los primeros meses de nacimiento del bebé. Luego del primer encuentro con el cuidado y la educación del mismo se puede decir que nace la nueva identidad maternal. Por último, la fase de adaptación y describe la integración de la nueva identidad de la mujer en su vida, la que tenía antes de que naciera su hijo. Por lo que indica

el autor, y en consonancia con lo anteriormente planteado parecería que el convertirse en mamá, desde el punto de vista psicológico, es un proceso gradual (Stern, 1999).

## **Vínculos Tempranos**

Diversas teorías difieren en cuanto al momento en que comienza el vínculo de la madre con su hijo. Hasta no hace mucho años, el recién nacido era considerado como un ser escasamente diferenciado y pasivo, el cual dependía exclusivamente de los estímulos provenientes del entorno. Despertar, llorar, dormir, parecían constituirse en un ciclo determinado sólo por mecanismos fisiológicos. A partir de los planteamientos de Freud sobre la condición de indefensión en el recién nacido, cobra relevancia el interés por los vínculos tempranos (Lecannelier, 2006).

En 1896 Freud, sostiene que el niño nace en un estado de desvalimiento e indefensión que lo empuja a depender del otro. En un principio el lactante no distingue entre las exigencias provenientes de su interior y de las externas como la presencia de la madre. Ésta presencia materna es lo que lo completa, le da placer, pero no es parte del yo y el niño no nota esa diferencia.

La situación del bebé se describe como desamparo ya que necesita de otro para satisfacer sus necesidades, poner fin a la tensión interna, dando lugar a la acción específica, que lo podrá investir narcisísticamente. La dependencia total del niño con respecto a su madre implica que esta influye decisivamente en la estructuración del psiquismo de aquel. Si bien son dos, es de destacar que en épocas tempranas del desarrollo existe uno en función del otro (Freud, 1950).

Aquí se definirá este vínculo desde el momento en que la mujer sabe de su embarazo. Y dependerá de cada singularidad, es decir, cómo cada mujer construye éste vínculo, e incorpora para sí su nueva función. Oiberman (2013) considera que la relación madre-bebé tiene sus raíces en los juegos infantiles de la mujer que va a ser madre y en sus propias experiencias precoces y en su historia.

En relación a esto, Felipe Lecannelier (2006) realiza un análisis histórico sobre el legado de los vínculos tempranos sosteniendo que desde los primeros planteamientos psicoanalíticos describen al bebé como un sujeto desde el momento del nacimiento y que las relaciones afectivas primarias con los padres se constituyeron en un aspecto fundante.

Siptz (1979) da cuenta de la impotencia del recién nacido el cual debe patear, gritar y llorar para hacerse entender, todas estas son acciones de descarga difusas e inespecíficas que se presentan como formas de comunicación para expresar sentimientos y necesidades. Es la madre la que tiene que empezar a reconocer las diferentes manifestaciones de su hijo para poder brindarle respuestas adecuadas.

En esta misma línea, posteriormente surgieron muchos autores (Anna Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion, Winnicott) que mantenían los principios básicos de la teoría freudiana, sosteniendo que los vínculos tempranos se configurarían como un aspecto nuclear en el moldeamiento de la psiquis humana (Lecannelier, 2006).

Bion (1975) propone el concepto de Función Revèrie en relación a la contención de sentimientos del bebé por parte de la madre, haciendo especial énfasis en la metabolización de las emociones y ansiedades que se presentan en el niño. La madre ayuda a su hijo a pensar sobre sí mismo, pone orden a su desorganización, por lo tanto, una madre que no posee la Función Revèrie se vuelve incapaz de contener la experiencia emocional de su bebé. Resulta de fundamental relevancia el aporte de John Bowlby, quien compartía el supuesto de la importancia de la vinculación temprana en el desarrollo humano. Este psicólogo del desarrollo y psiquiatra, si bien inicia sus estudios y reflexiones desde el psicoanálisis, luego comienza a disentir con algunos aspectos de esta teoría, la cual concebía el desarrollo del niño como un proceso que transitaba desde estados de simbiosis temprana con la figura materna, configurándose en una relación de completud entre madre y bebé. En este contexto lo que Bowlby criticaba era que se atribúan casi todos los problemas mentales a fantasías de naturaleza inconsciente, y a su juicio era de fundamental importancia considerar la influencia de los eventos reales sobre la determinación de la dinámica psíquica del ser humano. De ahí que este autor, planteara la importancia del Apego temprano como elemento fundamental en el desarrollo normal del niño (Bowlby, 1979).

Por lo tanto, la teoría del apego de Bowlby (1988) es considerada un pilar importantísimo para comprender lo propio del vínculo más temprano entre madre e hijo. El apego es el vínculo emocional que despliega el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo. Lo fundamental de esta teoría es que el estado (apego) de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y la capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, siendo esta la persona con la que establece el vínculo inicial.

Según esta teoría, el bebé nace con un repertorio de conductas que tienen como función producir respuestas en los padres. Las sonrisas reflejas, la succión, el balbuceo, el llanto funcionan como estrategias del bebé para vincularse con quien le da seguridad y

confianza. Este repertorio de conductas buscan mantener la proximidad con la figura de apego y utilizarla como base segura desde la que explorará el mundo en su evolución.

Un aporte primordial a la Teoría de Apego fueron las investigaciones de Mary Ainsworth (1954 en Lecannelier 2009), quien realiza observaciones a bebés, dando cuenta de diferencias individuales al relacionarse con sus madres, a partir de estudios longitudinales para evaluar los efectos de la separación maternal en el desarrollo de los infantes. Concluyendo que existirían 3 estilos de apego que se asociaban con el nivel de sensibilidad de las madres frente a las señales efectuadas por sus bebés. Los patrones de apego identificados por Ainsworth, daban cuenta de bebés seguros, los cuales parecían relajados y contentos al momento del reencuentro con sus madres; bebés inseguros, quienes lloraban más, no parecían relajados y se aferraban a su madre y finalmente observó a aquellos bebés que frente a la madre no mostraban un interés especial, a los cuales catalogó como no apegados.

### **Aportes de D.W. Winnicott acerca del vínculo temprano**

En el marco de esta temática, considero fundamental exponer las teorizaciones del autor en relación al vínculo temprano entre la madre y el bebé, remarcando la importancia que tiene esta relación en el desarrollo del sujeto, ya que de acuerdo a sus planteos todas las alteraciones que se dan en el vínculo madre-bebé generan repercusiones en el desarrollo posterior del niño.

El término de “madre suficientemente buena” acuñado por Winnicott (1956,1991) describe una madre de esas características es capaz de detectar las necesidades de su bebé y responder en consecuencia. Esto solo es posible cuando la madre está totalmente identificada con él y abocada únicamente a lo que atañe a esa relación.

Para lograr esto, la madre debe ser capaz de adentrarse en un estado que él llama “preocupación materna primaria”, que es un estado de permeabilidad y conexión existente entre los psiquismos de madre e hijo que se establece durante el embarazo y poco después del parto y es lo que le permite entrar en ese tipo de vínculo de adaptación e identificación total con su bebé (Winnicott, 1956).

En esos momentos primarios, plantea el autor, que la relación madre-bebé refleja un vínculo de dependencia absoluta, el hijo es representado como una parte de sí para la madre

y esto tiene un valor estructurante para el hijo, siempre que la relación de la díada pueda luego seguir su curso en una independencia mayor entre ambos.

En este periodo de dependencia absoluta, la madre debe estar conectada a las exigencias, necesidades, ritmos de su hijo y esto lo va logrando a medida que en este vínculo uno y otro se van conociendo mutuamente. La tarea de conocerse, entenderse y poder leer lo que el otro necesita conlleva dedicación, tiempo y una capacidad empática por parte de la madre a la hora de interactuar con su bebé, saber cuáles son las respuestas que él puede proporcionar en dicha interacción y cuáles son los momentos óptimos para ésta. Por este motivo, es primordial que madre y bebé tengan el espacio y el tiempo para construir un vínculo que facilite el desarrollo emocional primitivo del niño (Winnicott, 1991).

En este sentido, es apropiado mencionar el término de “ambiente facilitador” de este mismo autor (Winnicott, 1991), ya que los padres del bebé hacen un proceso de adaptación, en lo que refiere a la maduración y necesidades del bebé. En “La Naturaleza Humana” Winnicott plantea que si hay una falla en la adaptación materna se produce una distorsión en los procesos de vida del bebe. Cuando todo sale bien, la relación puede establecerse en pocos momentos, mientras que si hay una dificultad puede llevarle mucho tiempo a la madre y al bebé entenderse entre sí. Una falla en estos momentos, puede suceder aunque el bebé estaba listo y la madre estaba lista, pero las condiciones no eran satisfactorias o alguien interfirió. El autor plantea (1996) que no es infrecuente que una madre y su bebé fallen desde el comienzo y sufran (ambos) los resultados de esta falla durante muchos años, si no durante toda la vida.

En este punto Winnicott (1996) habla de la psicología de los médicos y enfermeras que cuidan de las madres que acaban de dar a luz, y de los neonatos mismos, ya que sostiene la frecuencia con la cual enfermeras, por lo demás hábiles y amables, tienden a asumir una responsabilidad que debería corresponder a la madre. Es notable la gran angustia que este asunto de la relación inicial del bebé y la madre genera en muchas mujeres sanas.

No es raro encontrar enfermeras que, con la mejor voluntad del mundo, levantan a un bebé bien envuelto en su frazadita, de modo tal que no puede sacar las manos, y acercan su boca al pecho, declarando abiertamente que harán que el bebé tome (Winnicott, 1996).

Si bien en un primer momento la madre funciona como un “ambiente facilitador”, o como plantea el autor mencionado, “madre ambiente”, entendiendo como tal a la madre accesible, sensible, empática, que provee cuidados afectivos al bebé y practica con él las técnicas principales de una madre suficientemente buena. Ella, para poder encarnar las funciones maternas y dedicarse plenamente a su bebé requiere de un respaldo que le sea provisto por las distintas figuras de su propio ambiente: el padre del niño, su propia familia y el entorno social que la rodea y en el que está inmersa. Entonces, lo que la madre precisa, plantea el autor, es una oportunidad de ser natural y de encontrar su modalidad propia con el bebé, como lo han hecho las madres desde los albores de la historia humana (Winnicott, 1996).

Nos preguntamos en este contexto, qué posibilidades tiene la madre de encontrar este respaldo dentro de un contexto de vinculación diferente al de su entorno íntimo, como lo es una unidad de internación neonatal., donde el ambiente se encuentra invadido tanto de obstáculos físicos como de personas ajenas en la relación madre-hijo.

## **La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)**

Desde sus inicios, las UCIN centraron sus esfuerzos en el desarrollo de aquellos aspectos tecnológicos que permitieran mejorar la supervivencia del recién nacido de alto riesgo. Esto privilegió, por un lado, mantener las estrictas medidas tendientes al control de infecciones y por el otro, limitó severamente la entrada de los padres y las madres. De esta manera, el modelo de atención se centró en el paciente y en el equipo médico, excluyendo a la familia (Vega, 2006).

El área de Neonatología, descrita en el Manual de Enfermería en Neonatología (Castro Lopez y Urbina Laza, 2007) puede variar en cuanto a su distribución según la institución, generalmente están divididas por pisos o habitaciones en relación al nivel de complejidad. En cada una de estas zonas hay distintos tipos de incubadoras, equipos de monitoreo, respiradores y aparatos. Es frecuente el sonido de alarmas y ruidos procedentes de las máquinas.

Dependiendo el motivo o gravedad del caso, el contacto de los familiares con los bebés es restringido y poco directo ya que están conectados a monitores, y sondas y el acercamiento físico siempre esta intermediado por médicos y enfermeras e incubadoras. En algunos hospitales públicos o sanatorios de la ciudad de Rosario el ingreso de las madres es de manera irrestricto, pero en la mayoría de las instituciones hay determinados horarios tanto para las visitas de madres como de padres. De igual manera, las madres que tienen la posibilidad de amamantar tienen una franja horaria más amplia.

Las causas más frecuentes de requerimiento de internación neonatal son:

- Prematurez /Prematurez extrema
- Malformaciones
- Infecciones perinatales
- Asfixias perinatales.
- Bajo peso
- Ictericia
- Causa materna o social

Los cuidados que se brindan en Neonatología mediante la incubadora, están dirigidos a: mantener la temperatura, lograr una alimentación adecuada hasta recibir los aportes indispensables para mantener la vida; cambiar su mecanismo de circulación de la sangre para obtener oxígeno ya que en el vientre materno lo conseguían directamente a través de la placenta pero ahora deben hacerlo por su propia cuenta; lograr una buena

cantidad de oxígeno en la sangre; mantener una respiración adecuada evitando apneas. Las mismas disponen de unos orificios con protección para manipular al recién nacido y ofrecerle los cuidados que necesita sin abrir el habitáculo, garantizando, de esta forma, las mejores condiciones higiénicas y ambientales que le protegen de sufrir infecciones (Castro Lopez y Urbina Laza, 2007).

Actualmente, todas las incubadoras funcionan de forma similar y ofrecen los mismos cuidados al bebé, se puede decir entonces, que este habitáculo de cristal dispone de medios para crear condiciones similares a las que el bebé tiene en el útero materno.

Los profesionales que se hallan trabajando dentro de las unidades neonatales, pertenecen mayormente a las áreas de medicina y enfermería, en algunos casos se encuentran también profesionales de estimulación temprana, puericultoras y psicólogos.

### **La humanización de neonatología**

Como ya se ha expuesto anteriormente, desde sus comienzos, las UCIN se concibieron como unidades cerradas y con un alto nivel tecnológico en donde los aspectos más humanos y emocionales no eran considerados como prioritarios.

En la República Argentina, la neonatología especializada comenzó en la década de los 60, pero el cuidado estaba solo centrado en el bebé lo que llevaba a que se deteriorara el vínculo paterno-filial ya que esto dificultaba o imposibilitaba la lactancia (Vega, 2006). En el año 1968, Alfredo Larguía en la Maternidad Sarada, Jacobo Halac en Córdoba y Vicent Climent en La Plata lideraron los grupos que gestarían la neonatología moderna en el país.

A fines de los años 1980 la OMS, UNICEF y diversas organizaciones internacionales lanzan la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN), en la cual promueven el contacto precoz entre los padres y su hijo, la cohabitación, la lactancia materna precoz y constante, como también, dentro de lo posible el mínimo contacto con equipos de salud en rotación con el bebé. La IHAN no rechaza los avances tecnológicos, pero considera necesario la humanización neonatal (Vieira, 2003).

Uno de los propulsores en la humanización de las unidades neonatales fue Adik Levin, quien propone en 1999 los siguientes pasos para mejorar el entorno y el tratamiento neonatal:

1. La madre debe poder permanecer con su niño enfermo las 24 horas del día.

2. Cada miembro del equipo de salud debe atender a la madre y al niño, y ser capaz de enfrentar sus aspectos psicológicos.

3. El equipo de salud debe promover la lactancia natural en cada madre y estar entrenado en las técnicas de extracción de leche materna.

4. El estrés psicológico de la madre debe ser aminorado durante el período de tratamiento.

5. Salvo indicación médica, sólo se debe alimentar a los recién nacidos con leche materna.

6. Si el niño está imposibilitado de succionar, se debe alimentar por sonda con leche materna y de preferencia por su madre.

7. La cantidad de exámenes y de análisis de laboratorio deben reducirse al mínimo.

8. El contacto madre-hijo piel a piel o aire a aire deben ser utilizados tanto como sea posible, reduciéndose el equipamiento tecnológico al mínimo indispensable.

9. Las terapias agresivas deben reducirse al mínimo.

10. La madre y el niño deben ser considerados como un sistema psicosomático cerrado. Los controles del equipo médico deben focalizarse no sólo en el recién nacido, sino también en las necesidades de la madre (incluyendo ginecólogo y otros especialistas).

11. Miembros sanos de la familia (padres, abuelos, otros involucrados) deben ser autorizados a visitar al recién nacido y su madre durante una hospitalización prolongada.

En la actualidad, existen diversas declaraciones universales que avalan los derechos de los niños prematuros y hospitalizados entre ellas se destacan las siguientes:

- La Declaración Mundial de los Derechos del Niño Hospitalizado, de 1998:

- Art. 21: «Hay que hacer todo lo posible para que un niño hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres, o padres sustitutos, los cuales deben tener alojamiento apropiado, cuando sea necesario, en el hospital o sus cercanías, gratuitamente o con un coste mínimo, y han de tener la posibilidad de ausentarse de su trabajos sin perjuicio para ellos.»

- Art. 24: «Cuando un niño de corta edad ha sido hospitalizado, su madre ha de tener la posibilidad de lactarlo, a menos que haya una contraindicación médica.»

- La Declaración de Barcelona, que fue ratificada en el V Congreso Mundial de Medicina Perinatal en 2001:

- Art.12: «Toda mujer tiene derecho a ser informada de los beneficios de la lactancia materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto. No obstante, la mujer decidirá libremente la forma de lactancia, sin prejuicios sociales o culturales.»

- Art.13: «Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión que le afecten a ella o a su hijo.»

- Art. 8: «Todo recién nacido tiene derecho a una nutrición correcta que garantice su crecimiento. La lactancia materna ha de ser promovida y facilitada».

- Art. 6: «El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. En caso de que existiera evidencia de maltrato, se tomarán las medidas legislativas y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aunque los padres se tengan que separar del niño. Esta norma se aplicará durante su estada en el hospital.»

## **El Prematuro y sus Padres**

Como se ha explicitado anteriormente, la prematuridad es una de las principales causas para la internación en el área de Neonatología y generalmente los bebés prematuros requieren de periodos prolongados de hospitalización. El nacimiento antes de tiempo puede ser vivido por los padres como un evento traumático de interrupción de un proceso, ya que el ingreso del recién nacido en la UCIN requiere una separación para la cual pueden no estar preparados, ni tampoco para la aceptación de un recién nacido “especial” y diferente del esperado. Es decir, existe un proceso natural de ser padres que se ve alterado e interrumpido bruscamente en el caso del nacimiento de un bebé prematuro, de tal manera que estos padres son, de algún modo, tan prematuros como sus hijos (Vega, 2006).

Brazelton y Cramer (1993) exponen con claridad que con la llegada de un hijo se da un pasaje de una relación “uno con uno” a una configuración triangular (con las exigencias que esto conlleva). En ambos padres durante el embarazo van a gestarse distintas emociones, miedos y la ambivalencia característica de este proceso. Este autor explica que los nueve meses sirven como periodo de preparación (no solo física sino también psicológica) para los padres y que finalizado ese lapso generalmente aparece en los futuros padres la sensación de estar listos para la llegada del hijo y de estar preparados para asumir el rol que los espera. Sin embargo explica que también reside en ellos (y especialmente en toda madre) un temor profundo a que algo malo ocurra al hijo por venir y que para sobreponerse a estas preocupaciones se ponen en marcha defensas que consisten en representar a ese bebé como perfecto idealizándolo e imaginarse a sí mismos como padres perfectos para ese bebé.

Durante el embarazo, un bebé va creciendo en la panza de la mamá y a la vez un bebé imaginado va creciendo en el deseo de los padres, le van construyendo un espacio de amor y expectativas, le piensan un nombre, una cara, un lugar especial en su casa y en su historia familiar. Cuando el embarazo no llega a término y se produce el nacimiento prematuro del bebé, todo lo imaginado y esperado desaparece de escena y en su lugar se instala la urgencia, la confusión, la incertidumbre y hasta la angustia (Giovannini, 2009).

Así como el recién nacido necesita recibir “cuidados intensivos neonatales”, los padres necesitarán recibir “cuidados intensivos emocionales”, para poder transitar con el menor costo emocional y psicológico posible la crisis que implica la internación de un hijo al nacer (Giovannini, 2009).

### **Un proceso de vinculación diferente**

En las familias donde el nacimiento se da dentro de lo esperable el proceso de vinculación se realiza de una manera espontánea, pero en el caso de los nacimientos prematuros o cuando se requiere la internación el proceso se desarrolla de una manera diferente.

Cuando el nacimiento no ocurre dentro de los parámetros de tiempo esperables, los padres no logran completar el apego que tiene lugar durante una gestación completa, el bebé no es competente para relacionarse con ellos y, además, su condición de prematuridad obliga a su ingreso en una UCIN, un entorno desconocido, de alta tecnología y ambiente estresante, que ofrece menos oportunidades a los padres y madres para interactuar y cuidar a su hijo que el entorno considerado “normal” (Vega, 2006).

Lo mismo sucede cuando el ingreso a la unidad de neonatología ocurre por otros motivos, las madres se encuentran imposibilitadas de relacionarse de manera fluida con su hijo, ya que los horarios son restringidos y muchas veces ni siquiera pueden sacarlos de la incubadora.

En realidad, ese vínculo ya existe antes de nacer; madre e hijo están conectados de manera íntima y continua. Después del nacimiento, la relación afectiva descrita anteriormente se intensifica gracias a la interacción y al cuidado que los padres y madres ofrecen a su hijo. Por eso, más que establecer el vínculo, hay que cuidarlo, respetarlo, procurando que la separación, entre el bebé y sus padres, sea mínima. A pesar del ingreso del ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales el vínculo se puede establecer con la misma intensidad (Giovannini, 2009).

Maniagurra (2003) explicaba que las madres generalmente agotadas, doloridas y confundidas, apenas pueden ver a su bebé, en estos primeros momentos. Los papás suelen ser los primeros en ver al bebé internado en la Unidad. Puede decirse que se configura así una situación totalmente opuesta a la esperada y altamente estresante; los padres se encuentran con un hijo muy distinto al imaginado, dado que necesita de su presencia activa en momentos de gran vulnerabilidad y presión emocional. Por lo cual, Cada madre y padre, irán poniendo en juego los recursos adaptativos que puedan, y en los tiempos personales de cada uno.

También debe tenerse en cuenta que las madres de los recién nacidos prematuros cuentan con menos posibilidades de ser acompañadas en su período de puerperio, ya sea por su familia o por el equipo asistencial, que las madres de recién nacidos a término. El prematuro se convierte en el centro de atención de todos en función de su inmadurez y estado clínico, muy crítico en muchas ocasiones. A las molestias físicas de la madre propias del parto o cesárea, debe agregarse, a veces, el cuidado de otros hijos, el traslado al hospital, etc., lo cual complica aún más su situación real y su estado emocional.

Ante esta situación inesperada, se tornaría necesario brindarles apoyo emocional y psicológico, abrir un espacio de palabra para que puedan ir madurando sus funciones maternas y paternas, que se han inaugurado en una forma prematura y diferente a la esperada.

### **El rol del psicólogo en neonatología**

El ingreso de su hijo en una UCIN, para algunos padres y madres, se produce de una manera inesperada, pero, para otros, es la culminación de un período de espera durante el cual las madres han sido previamente hospitalizadas y han recibido ya cierta información sobre cómo se espera que se presenten los acontecimientos que sobrevendrán.

Tener un hijo prematuro o ingresado en la UCI neonatal es una de las experiencias más traumáticas que puede haber para algunos padres. Es normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión. Entre las dudas que les asaltan suele estar la de si el niño sabrá quiénes son sus padres o cómo le afectara estar ingresado. Algunas veces, incluso piensan que no quieren a su hijo y se asustan de tener dicha sensación. Esta reacción es normal, forma parte de lo que se conoce como “duelo anticipado”, el miedo a perder al hijo es tan grande que, como mecanismo de defensa, se produce un distanciamiento del bebé y los padres pueden “sentir” que no lo quieren. En realidad, en cuanto el niño mejora desaparece esa sensación y los padres se dan cuenta de cuanto lo quieren, y de que, precisamente, ese amor era lo que les producía el miedo a perderle. (Olza, 2001, p.5-6)

Por lo tanto, las palabras y explicaciones que durante este tiempo se transmitirán a los padres y madres por parte de los profesionales condicionarán, en gran manera, cómo será su relación con sus hijos.

Alicia Stolkiner (1987) explica que la Prevención en Salud Mental es aquella que se dirige a desanudar situaciones sociales problemáticas, cuyas medidas se dirigen a facilitar procesos donde se develan conflictos y problemas a elaborar. Esta toma de medidas no apuntan a estados de equilibrio óptimos, si no que su objetivo es que los sujetos puedan incidir en la transformación de las situaciones que generan el malestar.

En el caso de los recién nacidos hospitalizados, los padres pueden atravesar diversos estados emocionales que pueden ir desde la confusión hasta la evitación. El primer contacto con el niño puede llenarlos de temor y de angustia ya que las condiciones en las que encuentran a su bebé puede provocar una distorsión o discordancia con el bebé imaginado.

Considerando, como se ha dicho anteriormente, el nacimiento de un niño no sólo como un hecho biológico, en los casos que requieren internaciones desde el comienzo de la vida, el equipo de salud tiene como función atenuar los obstáculos que la hospitalización temprana pueda generar para el recién nacido y para sus padres. Es entonces que el trabajo con los padres es un trabajo de duelo, de pérdida del ideal ya que en estas situaciones aparece más acentuado que en un nacimiento normal. Además sus funciones parentales se encuentran muy fragilizadas ya que no pueden intervenir demasiado en el cuidado y en la protección del bebé (Giovannini, 2009).

Forma parte del trabajo de todo el equipo ayudar a que estos padres puedan reconocer sus temores, respetar sus tiempos para relacionarse con el hijo, aceptar preguntas, así como poder detectar la necesidad de ayuda en casos particulares. En definitiva hacerles lugar para que puedan adoptar a ese hijo. Es preciso hacer un lugar a la palabra de los padres y a su presencia, alentar que se transformen de pasivos tolerados a participantes activos y rescatar la mirada y el saber que vayan construyendo sobre su hijo. (González, Larguía, y Lomuto, 2007, p.179).

Por lo tanto, como plantea Giovannini (2009) el psicólogo actúa como un mediador entre madre y bebé, intentando que se pierda el miedo y que en muchos casos se construya o reconstruya un deseo de hijo que nunca existió o se encuentra devastado. En estas circunstancias, el psicólogo puede hasta propiciar a las madres modalidades de acercamiento y contacto, que faciliten el encuentro saludable con su bebé, respetando los tiempos y modalidades del recién nacido.

Se trata de pensar, desde la psicología, en una práctica clínica dentro del campo de la medicina, lejos del consultorio a puertas cerradas y para esto se requiere un modelo de trabajo diferente. Pensar en la clínica psicoanalítica en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es tener en cuenta algunos elementos como la singularidad del otro como algo inasible y único, en donde ser padre o madre de un hijo que nace con riesgos severos de muerte, de secuelas, de discapacidad no cierra una serie sino que la abre (Druon, 1999 en Mathelin, 2001).

Así también, juega lo traumático, dado que frente a un acontecimiento de características disruptivas por lo sorpresivo e imprevisto el psiquismo se ve amenazado en

su capacidad de simbolización. El devenir de lo traumático dependerá de cómo cada uno religue, re-articula en combinación con su propia estructura deseante (Giovannini, 2009).

En una internación de un recién nacido de riesgo todo el grupo familiar es el paciente a contener, según lo explicitaba Mathelin (2001), en este caso esta irrupción de un parto que se da antes, el fin de un embarazo que no trae al bebé al entorno cotidiano, es un hecho inesperado que cada familia metabolizara de modo singular.

Si bien es necesario fomentar y mantener el lazo entre la madre y el hijo, también lo es, sostener a la madre, permitirle sufrir la preocupación maternal primaria, a pesar de las pantallas de la tecnología y las interferencias del poder de los médicos. Esta posición, explica Druon (1999, en Mathelin, 2001) debe ser muy materna para ser adecuada. La escucha amable de la madre, acoger al bebé por la palabra, es indispensable evidentemente.

Por otro lado, Giovannini (2009) plantea que la situación de urgencia implica poner el cuerpo por parte del psicólogo, brindar la información que a veces se cree dar por entendida y que es necesaria que se la exponga de manera completamente explícita a los padres, quizás datos que parecen irrelevantes en esta cuestión de la urgencia que media entre la vida y la muerte son los datos que hacen a la tranquilidad de los progenitores que conviven en esa unidad.

En relación a lo expuesto, resulta de suma importancia preguntarse qué precepción tienen las madres sobre la contención psicológica en el área de neonatología y cuál es la implicancia que tiene la presencia de profesionales psicólogos. Se considera relevante que la psicología pueda plantear líneas de intervención, en un ámbito tomado por la medicina, pero que no siempre puede valorar o dar respuesta en el aspecto psicológico y emocional.

## **Marco Metodológico**

### **Enfoque Metodológico**

La investigación cualitativa busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, en sus experiencias, opiniones y significados (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Es decir, la aplicación de la investigación cualitativa se enfoca en el conocimiento y comprensión de la forma en que los participantes perciben y valoran subjetivamente la realidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha decidido realizar un estudio cualitativo que reconoce la existencia de múltiples realidades y busca los significados y la aproximación holística al objeto de estudio mediante la utilización de un proceso inductivo, estudiando a los sujetos en su contexto natural (Vázquez, 2006). Se trata de una comprensión desde dentro, un enfoque “émico” a través del discurso de los propios actores reconociendo que son ellos quienes lo experimentan y quienes pueden aportar puntos de vista más próximos a la realidad de sus necesidades (Menéndez, 2000).

En este contexto, es sabido que los datos obtenidos de este tipo de investigación no son generalizables. Sin embargo, este tipo de estudio permite acercarse a la realidad de los sujetos, accediendo a los significados y sentidos que ellos mismos otorgan a sus experiencias de vida, lo cual permite enriquecer el conocimiento sobre un fenómeno escasamente estudiado en el campo de la psicología.

### **Identificación y Definición de Variables**

La variable central de la investigación fue la concepción que tienen las madres en relación a la asistencia psicológica profesional en el área de neonatología.

**Definición conceptual.** El Diccionario de la Real Academia Española define el concepto Concepción como una idea, opinión o manera de entender cierta cosa. Conjunto de ideas que alguien se forma sobre una determinada persona cosa o situación.

**Definición operacional.** La variable de concepción se explorará a partir del relato de las experiencias que realicen las madres en las entrevistas efectuadas.

### **Tipo de Investigación**

El alcance de la investigación es exploratorio-descriptivo, de corte transversal, ya que pretende describir el comportamiento de los sujetos en las variables examinadas, en un lapso de tiempo específico (Hernández Sampieri et al., 2010).

El ser exploratorio significa que sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y el carácter descriptivo de la presente investigación se focalizará en describir y especificar la experiencia subjetiva de las madres, a partir de indagar en sus emociones, percepciones y valoraciones en torno a la contención psicológica recibida.

### **Diseño de investigación**

El diseño de la presente investigación será de tipo no experimental, por cuanto, no se pretende intervenir intencionalmente o manipular las situaciones ni al grupo de sujetos en estudio.

En este sentido solo se procederá analizar las entrevistas realizadas, es decir, se observarán y registrarán los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos

### **Población**

Se considerará población para la siguiente investigación a mujeres de la Ciudad de Rosario, madres de niños que por diferentes razones han sido internados en UCIN, en diferentes instituciones públicas y privadas de la ciudad de Rosario.

Los criterios de inclusión para participar de la investigación fue haber permanecido en las mismas entre una semana y dos meses, y que al momento de la entrevista la edad de los hijos no superen los 24 meses.

## **Muestra**

La muestra de esta investigación fue no probabilística, es decir, no es un producto de una selección aleatoria. Los sujetos de la muestra fueron seleccionados en función de su accesibilidad, limitándose a los criterios que permitan retratar el grupo a estudiar.

El muestreo está formada por 12 madres cuyos hijos han estado internados en la unidad de neonatología de diferentes maternidades de la ciudad de Rosario.

## **Técnicas para la recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semi-dirigida, confeccionada por la autora (ver Anexo 1).

Las entrevistas en profundidad han sido caracterizadas como flexibles, dinámicas, no directivas, abiertas y no estandarizadas. Según Taylor y Bodgan (1986) este tipo de entrevista, se define encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de su vida, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras.

## **Instrumento**

Entrevista: para la recolección de la información la entrevista se confecciono en torno a los siguientes ejes:

- Experiencias emocionales y percepciones en relación a la situación de internación de un hijo en UCIN.
- Características del proceso de vinculación madre-bebe en contexto de internación.
- Estrategias emocionales desplegadas por las madres para afrontar dicha situación.
- Contención familiar.
- Asistencia psicológica profesional.

**Procedimiento**

Para la realización de las entrevistas se contactó a las participantes de manera telefónica y se coordinó un encuentro personal. La mayoría de las reuniones se realizaron en el hogar de las entrevistadas y otras fueron realizadas en espacio público (bar) ante la imposibilidad de contar con un lugar privado.

Antes de comenzar con las preguntas, se les informaba acerca del alcance de dicha investigación, a la cual accedían con el consentimiento pertinente y se les garantizaba el anonimato. Se consultaba la posibilidad de grabar dichas entrevistas, con el objetivo de registrar fielmente todas las respuestas. No todas las entrevistas pudieron ser grabadas.

**Consideraciones éticas**

Todos los sujetos que participaron en el estudio, fueron debidamente informados de los alcances y objetivos del mismo, se solicitó su participación voluntaria y se garantizó anonimato y confidencialidad de los datos. En ningún momento fueron expuestos a situaciones que impliquen riesgo físico ni psicológico. Previamente a cada una de las entrevistas se solicitó la autorización para su grabación.

## **Resultados y Análisis de Datos**

Para el análisis de las entrevistas se procedió a la construcción de categorías con el fin de responder a los objetivos de dicha investigación. Puede observarse, que si bien cada una de las madres entrevistadas posee concepciones diferentes ante las diferentes categorías planteadas, dada la significación que cada una le atribuye a la situación, se encontraron similitudes y recurrencias en sus respuestas y relatos.

### **Experiencias Emocionales y Percepciones en Relación a la Situación de Internación de un Hijo en UCIN**

La experiencia emocional de cada madre ante la internación de un hijo en UCIN puede variar según la preparación o información que esta tenga en el momento del parto, el tiempo que dure la internación, la complejidad clínica del recién nacido y la evolución. Independientemente de estos factores, se destaca que para todas las participantes, ya sea que durante el embarazo se había planteado la posibilidad de internación, este hecho es percibido como inesperado y un suceso para lo cual ninguna se encontraba preparada. La mayoría de las madres describió el momento como “muy impactante” o “Shockeante” (ver Tabla 1).

En relación a la cantidad de tiempo de internación, que depende en gran medida de la complejidad clínica y la evolución de los bebés, las madres en su mayoría manifestaban una fluctuación de sus emociones, marcada fundamentalmente por la angustia, el miedo y la incertidumbre. Como se puede observar el miedo a la muerte del bebé recién nacido es una de las emociones nombradas más recurrente, junto con la culpa que expresan por no haber logrado un embarazo a término, en el caso de los prematuros (ver Tabla 1).

En algunas ocasiones las entrevistadas manifestaban tener sentimientos encontrados ante la situación de la internación, ya que por un lado sentían alegría por el nacimiento de su hijo, y por el otro el temor ante esta situación inesperada. Además, relataban la tranquilidad de saber que sus hijos quedarían internados y bien cuidados por los profesionales de neonatología pero a la vez, sentían la angustia ante la separación. Una entrevistada comentó: *Fue hermoso e impactante a la vez, porque no me lo esperaba, nunca había entrado a un lugar así.*

*Tabla 1. Respuestas significativas en relación las experiencias emocionales y percepciones en relación a la situación de internación de un hijo en UCIN*

|   |  |
|---|--|
| <i>Reacción de las mamás ante la internación de sus bebés</i> | <p>“A pesar de que cuando rompí bolsa me lo imagine porque romper bolsa a los 8 meses no está bueno. Pero una cosa es pensarlo y otra es vivirlo. Cuando baje a neo, lloré como nunca”.</p> <p>“Cuando íbamos al control a la clínica, pasábamos y veíamos la Neo, y yo sabía que iba estar en la Neo y como que lo aceptaba en ese momento, pero después cuando vi la situación ahí como que me afecto mucho”.</p>  |
| <i>Emociones de las mamás durante la internación</i>          | <p>“Al principio igual sentía miedo, temor...Porque podía estar un día bien en la incubadora, pero otro día podía no estar tan bien, entonces igual me da miedo eso”.</p> <p>“Tuve mucho miedo, porque la vi muy chiquitita muy pequeña, tuve mucho miedo, incluso pensé que no iba a vivir mi hija. Porque la vi muy pequeñita y muy flaquita y yo sí tuve mucho miedo, Que se me muriera, que se me muriera porque, porque era la primera vez que estaba viviendo una situación, ningún familiar había vivido una situación así”.</p> <p>“Te sentís muy sola ahí adentro, ves todas las madres en la misma situación o peor, no entendés nada, tenés alegría de ver a tu bebe pero el miedo es más fuerte. Son tan pequeñitos, indefensos que no sabes que hacer”.</p> <p>“Me sentí culpable, dije por qué no pude esperar más, qué falló, trataba de buscar la responsabilidad de que se haya roto la bolsa, por qué, por qué, por qué nos pasó eso, por qué es tan prematura”.</p> <p>“Tenía culpa, miedo de pronto, quizás que si bien es cierto estaba en reposo en casa pero igual hacía más cosas, pero, era culpa, miedo, impotencia, rabia, en ese instante, pero tenía mucho miedo de que se me muriera”.</p> |

*Fuente:* elaboración propia.

Las respuestas obtenidas en esta categoría son coincidentes con los resultados de la investigación realizada por Gutiérrez, Jozami Nassif y Carreras (2016) los cuales indicaron que el nacimiento prematuro de un hijo es un hecho percibido como inesperado y un suceso para lo cual ninguna madre se encuentra preparada, siendo el disparador de pensamientos y emociones negativas, como la sensación de culpabilidad o responsabilidad por lo sucedido, lo que dificulta el establecimiento del vínculo madre-bebé.

Vega (2006) también plantea que la internación en neonatología o el nacimiento antes de tiempo puede ser vivido por los padres como un evento traumático de interrupción de un proceso, ya que el ingreso del recién nacido en la UCIN requiere una separación para la cual pueden no estar preparados, ni tampoco para la aceptación de un recién nacido “especial” y diferente del esperado. Sostiene la autora, que el proceso natural de ser padres

que se ve alterado e interrumpido bruscamente en el caso del nacimiento de un bebé prematuro.

Brazelton y Cramer (1993) explican que durante el embarazo van a gestarse distintas emociones, miedos y la ambivalencia característica de este proceso y que los nueve meses sirven como periodo de preparación (no solo física sino también psicológica) para los padres, una vez finalizado ese lapso generalmente aparece en los futuros padres la sensación de estar listos para la llegada del hijo y de estar preparados para asumir el rol que los espera. En estos casos, donde el embarazo no llega a término no puede terminar de gestarse psíquicamente a ese hijo, por lo cual todo lo imaginado y esperado desaparece de escena y en su lugar se instala la urgencia, la confusión, la incertidumbre y hasta la angustia. Con lo cual es más complejo que se desarrolle ese período de mayor sensibilidad que Winnicott (1956) denominó “preocupación maternal primaria”, de vital importancia para captar las señales del bebé y responder de manera adecuada.

Un hecho importante es la incertidumbre que acompaña a las madres ya que el estado clínico del bebé varía y no hay certezas en los diagnósticos, por lo que cobra especial importancia la información que se les provee, que permita a las madres ir construyendo significado.

Vega (2006), describe las diferentes etapas y reacciones por las que atraviesan los padres cuando reciben la noticia de la internación de su bebé. La primera reacción es la de “incertidumbre”; los padres al enterarse de la situación de su bebé comienzan a plantearse nuevos interrogantes. En esta etapa la comunicación es lo más importante, los médicos deben ordenar los datos, ser honestos, claros y consistentes con la información. Luego, surge la segunda etapa, la cual se caracteriza por la “búsqueda de significados”, generalmente los padres viven la enfermedad del bebé como una agresión a ellos mismos – herida narcisista–, también, suelen sentirse culpables.

Tener un hijo prematuro o ingresado en la UCI neonatal es una de las experiencias más traumáticas que puede haber para algunos padres. Olza (s/f) sostiene que es normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión. Entre las dudas que les asaltan suele estar la de si el niño sabrá quiénes son sus padres o cómo le afectara estar ingresado. Algunas veces, incluso piensan que no quieren a su hijo y se asustan de tener dicha sensación. Esta reacción es común, forma parte de lo que se conoce como “duelo anticipado”, el miedo a

perder al hijo es tan grande que, como mecanismo de defensa, se produce un distanciamiento del bebé y los padres pueden “sentir” que no lo quieren.

### **Características del Proceso de Vinculación Madre-bebe en el Contexto de Internación**

La situación del bebé, al momento de nacimiento se describe, según Freud (1920) como desamparo ya que necesita de otro para satisfacer sus necesidades, poner fin a la tensión interna, dando lugar a la acción específica. Esta dependencia total del niño con respecto a su madre implica que esta influye decisivamente en la estructuración del psiquismo de aquel. En esta misma línea, Siptz (1972) plantea que el recién nacido debe patear, gritar y llorar para hacerse entender, todas estas son acciones de descarga que se presentan como formas de comunicación para expresar sentimientos y necesidades. Es la madre la que tiene que empezar a reconocer las diferentes manifestaciones de su hijo para poder brindarle respuestas adecuadas. ¿Qué sucede entonces cuando el ambiente no permite a la madre realizar estas acciones específicas? Ya que los recursos de supervivencia son facilitados artificialmente ¿Cómo se construye un vínculo saludable cuando las condiciones externas influyen en el mismo y obstaculizan el contacto físico y emocional con ese bebe?

En esta categoría pudo observarse que ante el proceso de vinculación las madres en su mayoría, percibieron obstaculizado el vínculo por los horarios estrictos impuestos en el área de neonatología y por la escasa comunicación en relación al manejo dentro de la unidad y la falta de contacto físico con sus bebés.

Otra de las expresiones recurrentes en las respuestas, fue el impacto provocado en el primer momento ante la observación de sus hijos dentro de la incubadora, los que les provocaba llanto y angustia en ese momento, por lo cual no podían conectarse con sus hijos recién nacidos (Ver Tabla 2).

En relación a la vinculación con los bebés y el contacto con ellos, una de las madres manifestó que en su caso fue muy estresante, ya que tenía a sus hijas mellizas internadas y el tiempo de visita y para amamantar era el mismo que el resto de las madres, con lo cual según ella misma manifestó no podía disfrutar ese momento porque tenía que hacer todo muy apresurada para poder estar con las dos bebés.

En el estudio realizado por Guerra Ramírez y Muñoz de Rodríguez (2013) indicaron que las madres tienen su forma propia de establecer una relación de apego con sus hijos, lo que permite obtener un conocimiento específico para orientar la práctica de la enfermería y que puede aplicarse a la práctica de la psicología, para brindar apoyos aceptables y viables en relación a fomentar el vínculo. En los casos anteriormente relatados, se demuestra la demanda de las madres por un mayor contacto con sus bebés y la

posibilidad de flexibilizar los horarios en los casos que sea clínicamente posible, para posibilitar la construcción de un vínculo saludable.

*Tabla 2. Respuestas significativas en relación a la vinculación madre-bebé durante la internación*

|   |  |
|---|--|
| <p><i>¿Cómo te relacionabas con el bebé durante la internación?</i></p> | <p>“Yo no sabía si podía tocarla. Pero trataba de hablar y lloraba, entonces tenía que calmarme, cuando iba a buscar a alguien... lloraba (...) Quería levantarla pero era tan chiquitita yo no sabía si se iba a poder o no. Y ahí pregunte y me dijeron que sí. Y también hice el canguro”.</p>  |
|   | <p>“Porque uno siempre se imagina tener una bebe, entre comillas, normal, o sea tener un parto normal, es como complicado en cierto modo, verla y prácticamente no te dejan tocarla, tener que pedir permiso para ver si la puedes tocar o no. Y verla con cables, con respirador... Es que yo la veía bien, ya es un avance si te dicen si la puedes sacar o no, para mí eso era genial. Era tan pequeñita, que te daba cosa a veces tocarle algo y pensar que le podías hacer daño”.</p> |
|   | <p>“Un día llegue y me dicen “¿Te lavaste las manos?.. “Si se puede tocar”, me dijeron; y tuve que meter la mano por los agujeros de la incubadora, igual me daba como miedo tocarla, porque era tan chiquitita y además igual tenia ahí una aguja, después cuando la pude levantar me daba cosa porque era tan chiquitita y pensaba que se podía ahogar”.</p>   |
|   | <p>“Con respecto a la neo, para mí fue terrible porque te tenés que ceñir a unos horarios, yo hasta el cuarto día no le pude dar la teta, así que hasta ese momento solo podía ir en dos horarios a verla, y contado con reloj, no era que te podías quedar un rato largo, que tenías todo el tiempo del mundo, para ese contacto, ese apego que uno supone (para mí) es tan primordial, así que fue bastante duro”.</p>   |
|   | <p>“Fue algo muy duro porque Emilia era muy chiquitita, ella pesó 1 kilo 350, y era muy flaquita. Y estaba dentro de la incubadora y yo lloré mucho”.</p>  |
|   | <p>“Yo no podía parar de llorar, de tenerlo en la habitación conmigo dándole la teta a esto, no podía verlo en la incubadora, me ponía muy mal”.</p>   |
|   | <p>“Yo creo que ahora hemos hecho un vínculo... un vínculo que no teníamos cuando ella estaba ahí en la incubadora, estaba... yo la tenía que ver así... pero no la podía sacar por tanto rato”.</p>   |

*Fuente:* elaboración propia.

Winnicott (1991) plantea que si hay una falla en la adaptación materna se produce una distorsión en los procesos de vida del bebe.

Cuando todo sale bien, la relación puede establecerse en pocos momentos, mientras que si hay una dificultad puede llevarle mucho tiempo a la madre y al bebé entenderse entre sí.

Una falla en estos momentos, puede suceder aunque ambos, madre y bebé estuvieran listos, pero las condiciones no eran satisfactorias o alguien interfirió. Según este autor, lo que la madre necesita es la posibilidad de ser natural y encontrar su propia modalidad con él bebé, cuestión que se dificulta en un área de internación, con las características antes descritas. Además Winnicott (1996) señala la interferencia que realizan las enfermeras en la relación madre-bebé, en los cuidados por ellas brindados. Sostiene que es notable la gran angustia que este asunto de la relación inicial genera en muchas mujeres sanas y que es frecuente que las enfermeras tiendan a asumir una responsabilidad que debería corresponder a las madres.

A través de las diferentes técnicas de cuidado entre ellas el sostén y manipulación la madre va creando, en tanto ambiente facilitador, una provisión ambiental para su bebé. Adecuándose a las necesidades y posibilidades del niño, trae a este de manera personal, constante, comprensible y limitada, la realidad exterior (lo alimenta, lo protege de los excesivos estímulos, lo acuna haciéndolo sentir seguro, entre otros), implicando esto un conocimiento de su bebé, es decir, que la adaptación activa de la madre hacia el bebé es fundamental para el crecimiento del mismo (Winnicott, 1996).

Un bebé cuidado por varias personas distintas, o incluso por dos, aunque lo hagan correctamente, comienza la vida de manera mucho más compleja (Winnicott, 1996), con lo cual resulta relevante que las madres puedan ejercer su rol y desarrollar sus habilidades aun dentro de la unidad neonatal, cuando las condiciones médicas y la salud del bebé lo permitan.

Como plantea Giovannini (2009) más que establecer el vínculo, hay que cuidarlo, respetarlo, procurando que la separación entre el bebé y sus padres sea mínima. En este sentido explica Druon (1999, en Mathelin, 2001) que, si bien es necesario fomentar y mantener el lazo entre la madre y el hijo, también lo es, sostener a la madre, permitirle sufrir la preocupación maternal primaria, a pesar de las pantallas de la tecnología y las interferencias del poder de los médicos.

### **Estrategias Emocionales Desplegadas por las Madres**

Las estrategias de afrontamiento emocional, fueron más variadas en relación a las otras categorías, entre ellas se destacan la distracción por medio de la lectura o algún paseo corto y la reunión con familiares o amigos, como también se reconocieron el aislamiento y el encierro. Una entrevistada sostuvo que pensar de forma positiva, centrarse en el deseo o la ilusión de ser madre le ayudó a sobrellevar la situación de internación (ver Tabla 3).

*Tabla 3.* Respuestas significativas en relación a las estrategias emocionales desplegadas por las madres

|   |  |
|---|--|
| <i>Ejemplos de estrategias de afrontamiento emocional reportadas por las madres</i>   | “Yo solamente quería llegar a casa y quedarme encerrada”.  |
|   | “Angustia, mucha angustia, lloraba, lloraba mucho. Era la única mamá de Neo que lloraba, lloraba, trataba de esconderme”.  |
|   | “Pero cuando estaba en la habitación lo único que hacía era llorar o leer para distraerme de no seguir llorando”.  |
|   | “Como era septiembre, ya primavera, me quedaba en un parque, iba a tomar mate afuera para distraerme un poco”.   |
|   | “Que uno tenía una ilusión súper grande de verla todos los días y eso... y eso a mí me daba fuerza igual, o sea saber que yo tenía que... verla a ella y todo eso... me sentía súper... eso me daba fuerza”. |
| “El apoyo de otras mamás que estaban en la Neo, que donde me veían llorar me apoyaban mucho, íbamos a almorzar juntas, íbamos al lactario”. |  |

*Fuente:* elaboración propia.

Los estilos de afrontamiento empleados con mayor frecuencia son estilos de afrontamiento centrados en las emociones, específicamente la búsqueda de apoyo espiritual y social. Otra de las estrategias que se identificó en todas las madres entrevistadas es la búsqueda de apoyo espiritual, la cual funciona como un generador de esperanza y ayuda a tolerar la incertidumbre. La mayoría de las estrategias que se identificaron se consideran adaptativas para la situación, sostienen Gutiérrez, Jozami Nassif y Carreras (2016). Estos resultados coinciden con las respuestas elaboradas por las madres en la presente investigación, donde algunas madres relatan la búsqueda de apoyo en otras madres (ver Tabla 3).

Las variaciones que se encontraron en esta categoría no tienen relación con el nivel de complejidad médica de los bebés sino que dependen de los recursos con los que cada una de las mujeres cuenta y con la evaluación que realizan de la situación, con sus percepciones y vivencias.

## Contención Familiar

Nos encontramos aquí con la mayor coincidencia de las respuestas en relación a la contención familiar recibida, principalmente las mujeres destacan el papel preponderante de la pareja o padre del bebe como sostén y apoyo emocional. En relación a la contención de la familia también se encuentra gran similitud, ya que las participantes perciben al resto de la familia como pilares de apoyo, no solo por el sostenimiento emocional que les ofrecen sino también por la colaboración que le brindan, como por ejemplo: cuidados de sus hijos y tareas del hogar, ayuda para los traslados o en el ofrecimiento de un lugar para estar durante la estadía de internación (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Respuestas significativas en relación al acompañamiento familiar a las madres con bebés internados en UCIN

|  |   |
|--|---|
| <i>Contención o acompañamiento por parte de su pareja y/o padre del bebé</i> | <p>“Pero... el apoyo de mi esposo fue fundamental. Porque yo no quería hablar con nadie, no quería que nadie me llamara por teléfono. Yo solamente quería llegar a casa y quedarme encerrada”.</p> <p>“Si, si, si... en el parto cuando estuvo conmigo y vino todos los días, todos los días vino, todos los días que estuvo ella... yo me sentí súper apoyada, las veces que... lloré yo por ella, también él estaba conmigo, me decía que ya iba a estar con nosotros... si ya iba a estar mejor, entonces... me sentí súper apoyada con él”.</p>   |
| <i>Contención o acompañamiento por parte de la familia</i>                   | <p>“El (pareja) nunca flaqueo, era el que realmente me daba fuerzas, porque a mí ya en un momento, no me sentía bien, en todo aspecto. Emocional, físico, él me dio fuerza para seguir, aparte no me dejaban ver a mi hija, por la infección, por todo los raspajes que tuve, por todas las complicaciones que presente postparto, si no hubiese estado él ahí yo no... hubiese sido todo muy diferente”.</p> <p>“Vivía allá prácticamente, tenía mi cuñada que me facilitaba su casa porque vivía cerca, trabajo por mi cuenta y me pude acomodar también. Mi familia a full conmigo, todos para todos lados conmigo, no me dejaban nunca. Eso fue fundamental”.</p> <p>“Cuando me dan el alta de la cesaría es un bajón, porque vas y venís cada 2 horas. Por suerte me prestaron un departamento en el centro, porque yo vivo en roldan”.</p> <p>“Y en ese sentido la familia estuvo siempre muy presente, estuve muy contenida, de las 2 partes, siempre con llamadas visitas, me preguntaban todo, sin invadir”.</p> |

Fuente: elaboración propia.

Es importan en este punto resaltar una de las demandas recurrentes de las madres al hablar de la contención por parte de los padres, en relación a los horarios tan limitados. Lo que resulta relevante para pensar en el rol de cada uno, o las diferencias que se encuentran entre las mamás y los papás respecto a la maternidad y paternidad, las cuales están relacionadas con las creencias referidas al rol de género. Tal como lo plantea Oiberman y colaboradores (1998), las concepciones respecto a ser padre y madre están determinadas por funciones y roles que se le asignan a la persona según el sexo. Por lo que, la maternidad y paternidad como lo afirman los autores no tiene que ver con un instinto biológico sino marcadas por factores sociales, psicológicos y culturales.

Incluso, en un futuro, como son pocas las investigaciones respecto al rol paterno y el desarrollo de un apego seguro entre estos y el niño y los efectos posteriores que esto tendría, sería conveniente realizar nuevos estudios a fines de ampliar los conocimientos respecto a esta temática, ya que son numerosas las teorías que valoran la presencia de la madre en el desarrollo psíquico del sujeto y recién en los últimos años se ha valorado y teorizado respecto a la importancia del rol del padre en los primeros años de vida de un niño.

Winnicott (1993) plantea que tanto la madre como el padre del bebé hacen un proceso de adaptación, en lo que refiere a la maduración y necesidades del bebé, por lo cual sería beneficioso para que los padres puedan tener el tiempo necesario para relacionarse con sus hijos internados y emprender el proceso de conocimiento.

## **Asistencia Psicológica Profesional**

La categoría de asistencia psicológica profesional, se configura a partir de las declaraciones de las madres en relación a la asistencia recibida o no y la importancia que le adjudican a la presencia de psicólogos en las salas de internación.

De esta manera, a excepción de una madre que relata haber recibido contención psicológica profesional por parte del equipo de salud mental de una institución pública, el resto de las participantes manifiesta no haber recibido el servicio.

En el caso de la madre que si ha recibido apoyo psicológico manifiesta: *“Y los psicólogos de acá, como que me contuvieron y de a poco a poco me fui dando valor”*. Y en relación a la valoración otorgada por esta madre a dicho apoyo declara: *“para mi tendría que haber un psicólogo que le ayude a la gente para que la gente entienda que no es la madre o los médicos o las enfermeras los que tienen la culpa si no que pasan las cosas porque tienen que pasar”*.

En consonancia con esto todas las participantes declaran la importancia que tendría contar con dicho servicio dentro del área de neonatología. Una de las mamás afirma: *“Digo, ni en ese momento ni en todo el tiempo que estuvimos en neo no había psicólogos. No me ofrecieron a mí y tampoco escuche o vi a nadie que sí”*. Otra entrevistada señala: *“Parte de los profesionales de la institución, no había una parte específica de contención, si no los médicos y las enfermeras, que digamos, depende de la calidad de persona de cada uno, pero no hay un foco puntual en eso”*.

Cabe destacar en este punto, la entrevista a dos madres con características particulares. Una de ellas, su bebe estuvo ocho días internado y falleció en la UCIN y la otra luego de cursar un embarazo gemelar pierde a uno de sus bebes y otro queda internado durante un mes, las dos en distintos sanatorios de la ciudad. En ninguno de los casos le ofrecieron desde la institución un apoyo psicológico. A diferencia de la madre permaneció internada en una institución pública y por su particular situación ha tenido un seguimiento de parte de los profesionales del equipo de salud mental.

Stern (1994) hace referencia al hablar de Constelación Maternal, a la matriz de apoyo necesaria para que la madre puede asumirse en su nuevo rol, con los cual resultaría relevante que pueda encontrar aun, en esta situación inesperada, el apoyo y contención que precisa.

Por lo anteriormente relatado nos remitimos al artículo de Izzedin Bouquet (2001) donde propone reflexionar sobre la importancia del psicólogo en el equipo de los servicios

de neonatología para favorecer y/ o fortalecer el vínculo de la diada madre-recién nacido, destacando la necesidad de un trabajo preventivo en salud mental materno infantil. Por lo cual es interesante el planteo que realiza Giovannini, (2009) sobre el equipo de salud, el cual tiene como función atenuar los obstáculos que la hospitalización temprana pueda generar para el recién nacido y para sus padres. Es entonces que el trabajo con los padres es un trabajo de duelo, de pérdida del ideal ya que en estas situaciones aparece más acentuado que en un nacimiento normal. Además sus funciones parentales se encuentran muy fragilizadas ya que no pueden intervenir demasiado en el cuidado y en la protección del bebe. Pero, si bien es necesario fomentar y mantener el lazo entre la madre y el hijo, también lo es, sostener a la madre, permitirle sufrir la preocupación maternal primaria, a pesar de las pantallas de la tecnología y las interferencias del poder de los médicos (Druon, 1996, en Mathelin 2001).

A partir del análisis de las respuestas obtenidas se puede concluir como plantea Oiberman (2011) que no siempre el saber médico puede contemplar o valorar el aspecto psicológico, y que la inclusión del psicólogo dentro del área de neonatología favorecería a la vinculación temprana, como así también podrían detectar tempranamente situaciones de riesgo vincular antes del que niño sea dado de alta, lo que posibilita desarrollar estrategias de intervención.

## Conclusión

La presente investigación tuvo como propósito indagar sobre la concepción que tienen las madres sobre la asistencia psicológica profesional durante la estadía de internación de sus bebés. Con este objetivo se entrevistó a 12 madres de la ciudad de Rosario, las cuales transitaron la internación de sus hijos en distintas instituciones públicas y privadas. A continuación se presentaran los resultados más relevantes organizados según los objetivos planteados.

En primer término, se planteó conocer la experiencia emocional de las madres durante la internación de sus bebés recién nacidos en UCIN. Se pudo constatar, a partir de los discursos de las participantes, que la posibilidad y la confirmación de la internación en una unidad de cuidados neonatales provocan en las madres incertidumbre y sentimientos de miedo y angustia, por ser ésta una situación desconocida y no prevista por ellos, descrita como un momento muy impactante. Además de una inevitable separación del bebé para la que no se sienten preparados y que les impide reconocerse en su rol de madres.

A lo largo de su permanencia en la unidad neonatal, las madres manifestaron vivenciar intensos y diversos sentimientos y emociones que acompañaron al proceso de aceptación y adaptación a su realidad. Entre éstos, se describe la culpa, la angustia, el miedo, o el estrés por todo el entorno y por la situación particular que han atravesado. En particular se destaca un hecho importante como es la incertidumbre, que permanece durante de la internación, ya que el estado clínico del bebé era variable y no hay certezas en los diagnósticos.

Respecto a las emociones que les generó la internación en UCIN, se puede concluir que tanto los papás como las mamás atraviesan como Muniagurria (1998) sostiene dos tipos de crisis. Por un lado una crisis evolutiva, por la llegada de un hijo, y por lo inesperado del acontecimiento, también una crisis accidental. Por lo que sería fundamental, durante este momento pensar en estrategias de contención por parte de un equipo interdisciplinario que trabaja en la unidad de cuidados intensivos. Con el objetivo principal de acompañar a estos papás a travesar el momento de crisis, permitiéndole asimilar la información a fines de entender que está pasando con su hijo.

En cuanto al proceso de vinculación madre-bebé, la mayoría de las entrevistadas opina que durante la internación no le permitieron desplegar sus completamente sus habilidades o actitudes maternas, no de una manera directa, pero si delimitada por los horarios estrictos, el poco contacto físico o la limitación en sus funciones, como bañarlos o amamantar. Se agrega a esta situación, la percepción del bebe caracterizada por la fragilidad o debilidad, lo que generalmente dificultaba la relación y el contacto madre-bebé, por el temor a hacerles daño o no manipularlos correctamente. Se destaca en este punto, la imposibilidad de una de las madres entrevistadas, para poder relacionarse con sus dos hijas mellizas en un periodo de tiempo igual que el que tenían el resto de las madres con un solo hijo internado.

Con lo expuesto se pone de manifiesto una de las demandas expresadas por las madres en relación a la necesidad del contacto con sus bebés y la posibilidad de flexibilizar los horarios en los casos que sea clínicamente posible, para posibilitar la construcción de un vínculo saludable.

En relación a las estrategias de afrontamiento desplegadas por las madres, se registraron más variedad en las respuestas en relación a las otras categorías. Específicamente se identificaron estrategias emocionales como la distracción que funcionaba como paliativo de la situación, en estos casos las madres se dedicaban a leer o relacionarse con personas fuera de la institución, también se reconocieron el aislamiento y el encierro. Las variaciones que se encontraron no tienen relación con el nivel de complejidad médica de los bebés sino que dependen de los recursos con los que cada una de las mujeres cuenta y con la evaluación que realizan de la situación, con sus percepciones y vivencias.

Por último, se pretendió identificar qué rol cumple el acompañamiento familiar y del profesional psicólogo durante la internación del bebé. En cuanto al apoyo familiar se encontraron grandes similitudes, en las que se manifestaba sentir y recibir el apoyo de la familia ya que la perciben como pilares de apoyo, no solo por el sostenimiento emocional que les ofrecen sino también por la colaboración que le brindan, por ejemplo en el cuidado de sus otros hijos, tareas del hogar, ayuda para los traslados o en el ofrecimiento de un lugar para estar durante la estadía de internación. Por otro lado, se identificó que la presencia de la pareja en algunos casos resultaba relevante para poder transitar el proceso,

las participantes las describían como un sostén fundamental. Además, en relación al vínculo papa-bebé, las participantes expresaron necesidad de contar con más horarios para los padres ya que lo consideran importante para el proceso de vinculación.

Al indagar sobre la asistencia psicológica profesional, las participantes coincidieron que este aspecto está relegado a las enfermeras y médicos y su capacidad de contención personal y profesional. A excepción de una participante, las madres entrevistadas manifestaron no haber recibido por parte de la institución el ofrecimiento o la concreta asistencia psicológica por parte de un profesional psicólogo. En este sentido, todas las madres concuerdan en que la presencia de un equipo de salud mental o profesional psicólogo puede beneficiar y ser positivo en el transcurso de la hospitalización, ya que ayudaría a transitar la situación.

A partir de los resultados obtenidos y del conocimiento que emerge de esta investigación, se podría pensar que esta doble crisis que atraviesa la madre, (evolutiva por el nacimiento de un hijo y circunstancial por la inesperada internación), es generadora de una serie de emociones que deben contemplarse, ya que se trata de un momento de gran vulnerabilidad emocional que puede traer consecuencias personales o vinculares. Ante esta situación no siempre el saber médico puede dar respuestas o no está capacitado para valorar el aspecto psicológico. Muniagurria (1998) hace referencia también a los cuidados que deben recibir los padres y no solo el bebé, ya que estos necesitarían otro tipo de asistencia para poder transitar el proceso.

La elección de un tipo de investigación cualitativa permitió explorar en un tema del cual no se encontraron antecedentes en la Ciudad de Rosario. Además este tipo de estudio permite acercarse a la realidad de los sujetos, accediendo a los significados y sentidos que ellos mismos otorgan a sus experiencias de vida, lo cual permitió, en este caso enriquecer el conocimiento sobre una temática escasamente investigada.

En relación a las debilidades encontradas en el desarrollo de este trabajo podemos considerar la imposibilidad de realizar entrevistas en el momento de la internación y configurar una muestra equitativa en relación a los lugares de hospitalización, es decir, números iguales de madres atendidas tanto en hospitales públicos como privados.

Ante estas consideraciones se pueden establecer nuevas líneas de estudios para el futuro, como realizar estudios comparativos entre las percepciones de las madres que asisten a una institución pública y las que asisten a una privada. Asimismo indagar en la experiencia emocional de los padres y su rol en la internación de sus hijos. Cómo también sería relevante a futuro explorar las intervenciones que se realizan en el área desde un equipo de salud mental.

El estudio realizado pone de manifiesto la necesidad y la importancia de incluir un dispositivo psicológico, dentro de las maternidades y fundamentalmente en el área de neonatología, que permita la atención inmediata de problemáticas y emociones que expresan las madres en los momentos previos e inmediatos posteriores al nacimiento del hijo. Con lo cual, la inclusión del psicólogo perinatal en la guardia neonatológica y obstétrica implica tener en cuenta que el sentido del embarazo, del parto y del puerperio no se puede pensar solo desde el acto médico, sino que la constelación familiar, social y de pareja son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y nacimiento (Oberman, 2011).

Concibiendo a la maternidad tal como se la ha desarrollado en este trabajo, como un proceso que implica un nuevo posicionamiento subjetivo, que cada mujer va construyendo según su historia singular y tomando en cuenta la importancia de las circunstancias particulares en que esta se lleva a cabo, cuándo se requiere la internación del recién nacido, es necesario como plantea Druom (1996, en Mathelin, 2001) sostener a la madre para el establecimiento de un vínculo saludable con su hijo/a, más allá de los obstáculos tecnológicos y las interferencias de médicos y enfermeros. En este sentido se trata de pensar en una práctica psicológica y de la subjetividad, dentro del campo de la medicina pero lejos del consultorio a puertas cerradas, dentro de un modelo interdisciplinario, en donde el rol del psicólogo sea habilitante, otorgando un tiempo y espacio de escucha, dando lugar a la palabra.

Esto requiere tener en cuenta algunos elementos como la singularidad del otro, en donde ser padre o madre de un hijo que nace con riesgos severos de muerte, de secuelas, de discapacidad no cierra una serie sino que la abre, pero en la medida en que se articulen significaciones se intenta prevenir ante la posibilidad de que quede fijado a un único sentido dado o impuesto. Así también, juega lo traumático, dado que frente a un

acontecimiento de características disruptivas por lo sorpresivo e imprevisto el psiquismo se ve amenazado en su capacidad de metabolización, es decir, en su función de transcripción simbólica. En este caso la irrupción de un parto que se da antes, el fin de un embarazo que no trae al bebé al entorno cotidiano, es el hecho inesperado que cada familia metabolizara de modo singular, de modo que poner en marcha la palabra posibilite una simbolización, ya que cuando la organización simbólica que se tiene no alcanza, la intervención podrá prestar en una primera aproximación una red simbólica o no, según sea el caso. No se trata de la palabra en sí, sino del uso de las palabras como organización de significantes que permita la inclusión del sujeto en lo que se dice; es decir que las palabras devengan en enunciados, habiendo apropiación de lo que se dice (Giovanini, 2009).

La inclusión protagónica de la familia tiene el propósito de mediatizar un acontecimiento que amenaza a la integridad yoica y que muchas veces es vivido como una repetición fatal de un destino familiar. Se trata de acceder entonces a una dimensión no trágica de la historia. Lo que se abre es la posibilidad de hacer en relación con otro, que ofrece el espacio para hablar y escuchar, una lectura de esta realidad; que si bien producirá sentidos no podrá ser totalizado, dejará siempre un espacio abierto al asombro. (Helman, Villavella; 2000, en Giovanini, 2009 p.43).

Oberman (2005) afirma que el psicoterapeuta perinatal opera según el encuadre de sesión única, tanto preventiva como asistencialmente, en situaciones críticas. En el caso de situaciones de crisis en torno al nacimiento debe estar en condiciones de asistir brindando una atención psicológica adecuada, entendiendo la crisis como un estado de desorganización, ocasionado por una exigencia vital que no logra tramitarse mediante los recursos personales habituales. En este caso se busca minimizar la situación de riesgo y amortiguar las consecuencias que puedan resultar patógenas para la familia, es decir, se realiza una tarea de prevención.

El trabajo del psicólogo consiste, cuando realiza un acompañamiento del equipo de salud, en detectar estrategias de afrontamiento y facilitar el despliegue de las mismas (Oberman 2005) además el psicólogo puede operar como un nexo entre los médicos y los familiares, facilitando la comunicación.

Por lo tanto, algunas de las tareas específicas que puede desarrollar el psicólogo perinatal según Oberman et al (2001) son:

- Consultoría psicológica en la UCIN, intervenciones psicológicas en situaciones de riesgo.
- Acompañar a los médicos en el control diario del niño, con el objetivo de detectar e intervenir en situaciones de riesgo vincular, falta de registro materno.
- Reuniones de padres de niños internados, donde se brinde un espacio de intercambio, con el objetivo de normalizar la experiencia, facilitar la expresión emocional.
- Posibilitar un espacio terapéutico individual.
- Optimizar la interacción en la diada madre-bebe, disminuir los niveles de culpabilidad o rechazo, apaciguar la ansiedad.

En concordancia con lo planteado por Oiberman (2005), esta modalidad de trabajo consiste en crear un vínculo que posibilite a la vez un marco contenedor, que permita la puesta en palabras de la crisis, las cuestiones que se resignifican con la maternidad, permitiendo un reordenamiento subjetivo. Todo esto teniendo en cuenta la historia singular de cada sujeto, de cada madre y cada familia particular.

A lo largo de esta investigación se pudo observar que la psicología perinatal es una práctica relativamente nueva en nuestro país. Vega (2006) menciona que inicialmente, el ámbito de la neonatología fue exclusivamente médico. En Argentina, hace aproximadamente 12 años, se integró al psicólogo en el trabajo de la unidad de cuidados intensivos neonatales, en algunos hospitales y maternidades. Como se mencionó en un principio los desarrollos teóricos y las intervenciones más relevantes resultan de las experiencias pioneras llevadas a cabo en la Provincia de Buenos Aires. En la búsqueda realizada, no se encontraron, en la Ciudad de Rosario investigaciones o estudios sobre el tema, desde la psicología. Este Hecho se vio reflejado a la hora de armar el marco teórico, ya que las investigaciones realizadas acerca del desempeño del psicólogo perinatal específicamente resultan escasas.

Por ello, se considera necesaria la integración plena del psicólogo a los equipos de salud de los hospitales materno infantiles, con el propósito de que en el futuro, pueda incorporarse a las todas prestaciones de los servicios materno infantiles. En este sentido, Oiberman et al. (2011) destaca que el abordaje interdisciplinario, el abordaje en equipo y el desarrollo de ideologías comunes compartidas por todos los profesionales de la salud, es una solución al enfoque parcializado de los problemas de la madre, el bebé y su familia.

En relación con lo expuesto a lo largo de esta investigación, considero relevante destacar la importancia de la inserción del psicólogo en los ámbitos hospitalarios dedicados a la atención materno infantil y específicamente en el área de Neonatología, la cual tiene una presencia de profesionales provenientes mayoritariamente del área de la medicina, ya que esto implicaría tomar en cuenta la dimensión psicológica en el abordaje del proceso de maternidad. En nuestro país la psicología perinatal, se encuentra en pleno desarrollo y expansión, concretamente en la ciudad de Rosario no se han encontrado investigaciones al respecto ni trabajos destacados, por lo cual sostengo que es fundamental que los profesionales psicólogos podamos conquistar nuevos ámbitos de intervención.

### Referencias Bibliográficas

- Bion, W. (1975-1985). *Volviendo a pensar*. Buenos aires: Paidós
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós
- Brazelton, T.B. y Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Caruso, A., (2012). *El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires.
- Declaración de Barcelona (2001). Los derechos de la madre y el recién nacido. *V Congreso Mundial de Medicina Perinatal*. Barcelona. <http://www.o-maternidad.org.ar>  
[Recuperado el 01 de febrero 2019].
- Freud,S. (1950-1994) Proyecto de Psicología. En *Obras Completas*, Buenos Aires. Amorrortu 1,323-446
- Giovannini, N. (2009). *Programa de contención psicológica para padres con bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la Maternidad Hortensia Gardey de Kowalk en la Ciudad de Río Cuarto*. (Tesis final Licenciatura en Psicología). Provincia de Córdoba Universidad Empresarial Siglo 21, Río Cuarto.
- González, M.,Larguía, M.y Lomuto, C. (2007). *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia.
- Guerra Ramírez, M. y Muñoz De Rodríguez, L. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 84-91.

- Gutierrez, M.J., Jozami Nassif, M. y Carreras, M.P. (2016). Percepciones, vivencias y estrategias de afrontamiento al estrés en madres de prematuros internados. *Trazos Universitarios*. Recuperado el 1 de febrero de 2019 de <http://www.revistatrazos.ucse.edu.ar>
- Hauser, MP y Milán, T. (2012). Observación de interacciones madre-bebé en neonatología. *Tesis psicológica*, 7 (2), 92-103.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Izzedin Bouquet, R. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Perinatología y reproducción humana*, 25(3), 188-190.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y salud mental*. Santiago de Chile: Serie Universitaria -Lom Ediciones.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad: Segunda parte, la teoría del apego – Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y salud mental*. Santiago de Chile: Serie Univeristaria-Lom Ediciones.
- Castro Lopez, F. y Urbina Laza. O. (2007). *Manual de enfermería en neonatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Mathelin, C. (2001). Clínica psicoanalítica con bebés prematuros. En La sonrisa de la *Gioconda* (pp. 9-22). Buenos Aires: Ed. Nueva visión.
- Menéndez, E. (2000). Factores culturales: De las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguero-Gil y J. Comelles, (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Muniagurria, M. (1998). *Intervenciones psicosociales en la U.C.I.N: “Cuidando al recién nacido y sus padres”*. Simposio de seguimiento neonatal en el Congreso Perinatólogico Argentino, Buenos Aires.
- Oiberman, A. (1998). *Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo en el postparto* Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman. A. (2005). *Nacer y después: Aportes a la psicología Perinatal*. Buenos Aires: Ediciones JCE.

- Oiberman. A., (2007a). *Observando bebés: técnicas de observación de la relación madre-bebe, padre-bebe*. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman. A., (2007b). La palabra en las maternidades: Una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, 1, 87-91.
- Oiberman. A. (2013). *Nacer y Acompañar. Abordajes Clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A, Santos, S. y Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. *Fundación observatorio de Maternidad-Boletín de maternidad*, 11(2), 16-19.
- Olza I. (s/f). El vínculo en Prematuros. Madrid: *Holistika.net*. Recuperado el 1 de febrero de 2019 de <http://www.holistika.net>
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid.
- Santos, M. (2008). Construcción de una Escala de observación del vínculo madre-bebé internado en la UCIN: Resultados Preliminares de la aplicación del protocolo de observación. *Anuario de Investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 15. 207-217.
- Serret .M., (2014). *El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira I Virgili, Departamento de Enfermería, Tarragona.
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Editorial Aguilar.
- Stern, D. (1994). *La constelación maternal*. Paidós. Barcelona
- Stolkiner, A. (1987). *Prevención en salud mental: normativización o desanudamiento*. Ponencia presentada en el VI Congreso Metropolitano de Psicología, Buenos Aires.
- Taylor, S. y Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- Vázquez, ML., (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona servei de Publicacions Bellaterra.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Editorial Lugar S.A.

- Vieira, M., (2003). La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Revista chilena de pediatría*, 74(2), 197-205.
- Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos aires: Hormé.
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicot D. (1996). *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidos.

## Anexo

### Modelo de entrevista

- Datos del niño: edad, tiempo de gestación, diagnóstico
- Datos de la madre: edad, situación familiar (hijos, pareja)
- ¿Cuándo se enteró que iba a ser internado su bebé en neonatología?
- ¿Cómo se sentía en relación a la internación de su hijo/a?
- ¿Cuánto tiempo estuvo internado en UCIN?
- ¿Cuántas horas al día podía estar con él bebé? ¿podía tocarlo, levantarlo o amamantar?
- ¿Qué recursos o estrategias utilizo para afrontar esta situación?
- ¿Quiénes la acompañaron durante el proceso de internación?
- ¿Qué tipo de contención recibió durante la internación?
- ¿desde la institución le ofrecieron la atención de un psicólogo?
- ¿Propondría alguna mejora en el espacio de Neo? ¿Cuáles?